

4

Journal of Health Systems Research

Vol. 12 No. 4 October - December 2018



ISSN : 0858-9437

วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข

ปีที่ 12 ฉบับที่ 4 ต.ค. - ธ.ค. 2561

523

เศรษฐศาสตร์การเมืองของการป้องกัน
และควบคุมโรคไม่ติดต่อ

546

ทางเลือกการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบ
ของประเทศไทย

657

การจัดลำดับความสำคัญ ภาวะสุขภาพและ
โรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าว
ในประเทศไทย

Network

N

Management

M

Communication

C

Health

H

Systems

S

Knowledge

K

Policy

P

Research

R

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ในกลุ่มที่ 1 และอยู่ในฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index, ACI) ด้วยวารสารฯ ราย 3 เดือนนี้ กำหนดเผยแพร่ในเดือนมีนาคม มิถุนายน กันยายน และธันวาคม

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

บรรณาธิการรอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรวยพร ศรีศัลลักษณ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เกสัชกรสรชัย จำเนียรดำรงการ

นักวิชาการอิสระ

กรรมการประจำกองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ วรธนารัตน์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร. นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร. นายแพทย์สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. ทันทแพทย์หญิงเพ็ญแข ลาภยั้ง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ดร. สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

นายไพศาล ลิมสถิติย์

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เลขานุการ

นางสาววรางคณา ปุณยธร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ถนนสาธารณสุข 6

ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0 2832 9200

โทรสาร 0 2832 9201

Website: <http://www.hsri.or.th>

Link หน้าวารสาร: <http://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal>

Journal of Health Systems Research has been classified in the Tier 1 of the Thai-Journal Citation Index Center (TCI) and included in ASEAN Citation Index (ACI), published by Health Systems Research Institute quarterly, distributed in March, June, September, and December

Editorial Board

Advisor

Executive Director, Health Systems Research Institute

Editor

Supasit Pannarunothai Centre for Health Equity Monitoring Foundation

Associate Editors

Jaruayporn Srisasalux Health Systems Research Institute

Sorachai Jamniandamrongkarn Independent Scholar

Members

Suwat Chariyalertsak Faculty of Public Health, Chiang Mai University

Surasak Buranatrevadh Faculty of Medicine, Thammasat University

Thira Woratanarat Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Piya Hanvoravongchai Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Samrit Srithamrongsawat Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Phenkhae Lapying Department of Health, Ministry of Public Health

Sureerat Ngamkiatpaisan King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society

Paisan Limstit Faculty of Law, Thammasat University

Secretary

Warangkana Punyathorn Health Systems Research Institute

Office

Health Systems Research Institute

4th Floor, National Health Building, Public Health 6 Road,

Ministry of Public Health, Muang District, Nonthaburi 11000

Tel. (66). 2832 9200

Fax (66). 2832 9201

Website: <http://www.hsri.or.th>

Link to journal: <http://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal>

วิสัยทัศน์

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นวารสารชั้นนำด้านการวิจัยระบบสุขภาพในระดับอาเซียน

เป้าหมายและขอบเขตของวารสาร

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเครื่องมือเผยแพร่วิชาการเพื่อสนับสนุนและยกขีดความสามารถในการผลิตองค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยระบบสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

เงื่อนไขหลักในการส่งต้นฉบับ

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขยินดีรับพิจารณาต้นฉบับงานวิจัยและต้นฉบับบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้บทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขหลักดังต่อไปนี้

- ไม่เคยลงตีพิมพ์ในที่ไหนๆ มาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ด้วย (กรุณาแนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ โดยท่านสามารถดาวน์โหลดไฟล์ MS Words ได้ที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> คลิกที่ *For authors (declare form)*)
- ต้องเขียนชื่อเรื่อง บทคัดย่อ ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด (ในกรณีมีสองสังกัด กรุณาระบุเพียงที่เดียว) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้นิพนธ์ต้องแปลเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ
- ในกรณีมีผู้นิพนธ์หลายคน กรุณาระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) ในแบบคำรับรองงานต้นฉบับ

หากบทความที่ขอลงตีพิมพ์ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าวข้างต้น กองบรรณาธิการขอใช้สิทธิที่จะปฏิเสธบทความนั้นในทันที ทั้งนี้ ท่านสามารถดาวน์โหลดคำแนะนำในการส่งต้นฉบับงานวิจัยและบทความวิชาการ ได้จาก <http://ejournal.hsri.or.th/> คลิกที่ *For authors*

Vision

The *Journal of Health Systems Research* is aimed at being one of leading health systems research journals in ASEAN.

Aim & Scope

Journal of Health Systems Research is an academic published tool for supporting and enhancing the potential abilities in generating new bodies of knowledge from health systems researches which will be useful for policy makers, researchers, academics and health practitioners in all levels.

Main conditions for submission

The *Journal of Health Systems Research* welcomes research articles and academic articles in both Thai and English that meet the following conditions:

- The articles must be original and must not be published nor submitted for publication elsewhere (*please attach the Declare Form with your submission. Download the form in MS Words format at <http://ejournal.hsri.or.th/> and click For authors (declare form)*)
- The articles must contain proper title, abstract, name of author (s) and affiliation (specify only one) in both Thai and English
- References must be in English (for Thai references, please translate into English and add “(in Thai)” at the end of the item)
- In case of more than 1 author, please provide details of corresponding author in the Declare Form

If the submitted article fails to comply with the above conditions, the *JHSR* editorial staff reserves the right to immediately reject it. Please download *JHSR* Submission Guideline at <http://ejournal.hsri.or.th> and click *For authors*.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นเวทีเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้านการวิจัยระบบสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ กำหนดเผยแพร่ในรอบ 3 เดือน คือ มกราคม-มีนาคม, เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน และ ตุลาคม-ธันวาคม งานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข จะต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในที่ใดๆ มาก่อน

การติดต่อกับวารสารฯ ขอให้ติดต่อผ่านทางระบบ e-journal โดยระบบฯ จะส่งข้อความไปยัง email address ที่ท่านใช้ในการสมัครสมาชิกกับทางวารสารฯ และท่านสามารถเปิดดูข้อความในระบบฯ ได้โดยการคลิกที่ลิงค์ ในข้อความที่ระบบฯ ส่งไป

หากท่านมีข้อสงสัยหรือพบปัญหาในการใช้ระบบ กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายจัดการวารสาร ในเวลาทำการ จ-ศ เวลา 08.30-16.30 น. ที่โทร 0 2832 9200

ประเภทของบทความที่รับพิจารณา เพื่อลงตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (research article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุขครบประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้เขียนที่รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมเลขหมาย

ของโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.5 ภูมิหลังและเหตุผล

1.6 ระเบียบวิธีศึกษา

1.7 ผลการศึกษา

1.8 วิจาร์ณและข้อยุติ

1.9 กิตติกรรมประกาศ

1.10 การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โปรดระบุว่าการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ชุดใดบ้างและเมื่อไร ถ้าหากไม่มี ได้โปรดชี้แจงด้วย

1.11 เอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ

1.12 แนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับเพื่อยืนยันการขอตีพิมพ์ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขเพียงที่เดียว โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้า (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) และในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยตรงชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย

ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

2. บทบรรณนิทัศน์ (review article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ



มาวิเคราะห์ วิจัยเปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น ควรประกอบด้วย

- 2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้เขียนที่รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address สำหรับการติดต่อ
- 2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.5 บทนำ
- 2.6 เนื้อหา
- 2.7 บทสรุปหรือวิจารณ์
- 2.8 เอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ

2.9 แนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับเพื่อยืนยันการขอตีพิมพ์ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขเพียงที่เดียว โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้า (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยตรงชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย

ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

3. บทความพิเศษ (special article)

เป็นบทความวิชาการที่แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ หรือเป็นบทความที่รวบรวมเนื้อหาและการแสดงความคิดเห็นวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องดังกล่าว ควรประกอบด้วย

- 3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้เขียนที่รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address สำหรับการติดต่อ
- 3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3.5 บทนำ
- 3.6 เนื้อหา
- 3.7 บทวิจารณ์
- 3.8 เอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ

3.9 แนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับเพื่อยืนยันการขอตีพิมพ์ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขเพียงที่เดียว โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้า (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยตรงชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย

ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

4. จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือ จดหมายโต้ตอบ

เป็นการติดต่อหรือตอบโต้ระหว่างนักวิชาการหรือผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นที่แตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงาน และบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้งได้



การเตรียมบทความฉบับ

ระบบจะรับไฟล์ MS Words เท่านั้น และต้องไม่มี file protection เนื่องจาก reviewer อาจจะทำให้ความเห็นโดยใช้ Track Changes หรือ insert comment

1. **ชื่อเรื่อง (title)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร รวมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมาก ให้ตัดเป็นชื่อรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องไม่ใส่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...”

2. **ชื่อผู้เขียน (author and co-author)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อเต็ม ไม่ใช่คำย่อ ไม่ต้องระบุตำแหน่งและคำนำหน้าชื่อ

3. **ชื่อสังกัด/สถานที่ปฏิบัติงาน (affiliation)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อหน่วยงานที่ผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคน และอยู่คนละสังกัด ให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด * + ‡

4. **บทคัดย่อ (abstract)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล ระเบียบวิธีศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ ไม่ควรเกิน 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองโดยไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ในภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคอดีต

5. **คำสำคัญ (keywords)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางไว้ท้ายบทคัดย่อ และ Abstract

6. **ภูมิหลังและเหตุผล (background and rationale)** เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะและขนาด ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่

จำเป็นที่ต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ และใส่ไว้ต่อประสงค์ของการศึกษาไว้ในตอนท้าย

7. **ระเบียบวิธีศึกษา (methodology)** เขียนชี้แจงจำแนกเป็น 2 หัวข้อใหญ่คือ

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงการได้รับอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้อง การยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

วิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ โดยระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจนและกระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

8. **ผลการศึกษา (results)** แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขซ้ำในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ ควรแยกพิมพ์ตาราง ภาพ และแผนภูมิต่างหาก ไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบว่า

ตารางที่ 1 หรือ ใส่รูปที่ 1

ตาราง (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)



เป็นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตารางมีดังนี้

- ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย
- ชื่อคอลัมน์เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ใต้ตาราง

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง เสนอให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * + ≠ § # ¶

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง ไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก

- ต้องขออนุญาต หรืออ้างอิงกรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

ภาพและแผนภูมิ (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)

จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

- ต้องคมชัด อาจเป็นภาพขาว-ดำ หรือภาพสี
- ควรเป็น file ภาพต้นฉบับจากกล้องที่มีขนาดไม่ต่ำกว่า 600 x 800 pixels
- หากภาพหรือแผนภูมิมีหลายกล่องข้อความหรือหลายสัญลักษณ์ต่างๆ จะต้องทำ grouping ไว้ด้วย

9. **วิจารณ์ (discussion)** เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นหรือแตกต่างเป็นพิเศษก็ได้

10. **ข้อยุติ (conclusion)** ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ควรให้ข้อเสนอแนะใน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยที่ควรมีต่อไป

11. **กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements)** มีย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

12. **การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ethical committee approval)** กรณีที่มีการทำวิจัยในมนุษย์ โปรดระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ชุดใดบ้างเมื่อไร ถ้าหากไม่มีก็ได้โปรดชี้แจงด้วย

13. **เอกสารอ้างอิง (references)** การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลข

ในวงเล็บ ใช้ตัวยก วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยเริ่มจาก (1) และเรียงเลขอื่นๆ ต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช่คำย่อในรายการเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นของผู้เขียนและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้ว แต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังตีพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อบุคคล” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหาบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิงมีหลักเกณฑ์ดังนี้

13.1 วารสารวิชาการ

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้เขียนให้ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง (ถ้า



มี) ถ้ามีผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย “et al.” ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม และแปลทุกส่วนเป็นภาษาอังกฤษ แล้วใส่ “(in Thai)” ไว้ท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น

วารสารภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี

ถ้าวารสารเรียงหน้าไม่ต่อเนื่องกันทั้งปี ต้องระบุฉบับที่ไว้ด้วย ดังนี้ “10(3):” หมายความว่าพิมพ์เป็นปีที่ 10 ในวงเล็บฉบับที่ 3 และต่อด้วย :

ชื่อเรื่อง จะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรก และชื่อเฉพาะต่างๆ

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 123-9 แทนที่จะเป็น 123-129 และใช้ 248-58 แทนที่จะเป็น 248-258

สังเกตว่าไม่มีการเว้นวรรคระหว่างเครื่องหมาย; และ : ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่ [volume] ฉบับที่ เลขหน้า ตัวอย่างดังนี้

1. Sirichakwal PP, Sranacharoenpong K, Tontisirin K. Food based dietary guidelines (FB-DGs) development and promotion in Thailand. Asia Pac J Clin Nutr 2011;20(3):477-83.

2. Chaisuntitrakoon A. Evaluation of dental services quality. Journal of Health Systems Research 2015;9(2):136-45. (in Thai)

3. Snowdon J. Severe depression in old age. Medicine Today 2002;3(12):40-7.

4. Studer HP, Busato A. Comparison of Swiss basic health insurance costs of complementary and conventional medicine. Forschende Komplementarmedizin 2011;18(6):315-20.

5. Skalsky K, Yahav D, Bishara J, Pitlik S, Leibovici L, Paul M. Treatment of human brucellosis: systematic review and meta-analysis

of randomized controlled trials. BMJ 2008 Mar 29;336(7646):701-4.

6. Huang CF, Lee HC, Yeung CY, Chan WT, Jiang CB, Sheu JC, et al. Constipation is a major complication after posterior sagittal anorectoplasty for anorectal malformation in children. Pediatr Neonatal 2012;53(4):252-6.

กรณีผู้เขียนเป็นองค์กร

7. Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension 2002;40(5):679-86.

กรณีไม่มีชื่อผู้เขียน

8. 21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ 2002;325(73):184.

กรณีเป็นบทความในฉบับเสริม (supplement)

9. Anamnart C, Pongvarin N. Patent foramen ovale and recurrent transient neurological symptoms: a case report and review of literature. J Med Assoc Thai 2011;94 Suppl 1:S264-8.

13.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

10. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

11. National Statistical Office. The 2011 survey on conditions of society and culture. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2012.

12. Office of the National Economics and Social Development Board. Philosophy of sufficiency economy. Bangkok: 21 Century; 2007. (in Thai)

13. Association of Southeast Asian Nations.



Association of Southeast Asian Nations: One Vision, One Identity, One Community [Internet]. ASEAN Annual Report 2007-2008. Jakarta: ASEAN Secretariat; 2011 [cited 2008 July]. Available from: URL: <http://www.aseansec.org/index2008.html>.

หนังสือหรือตำราที่ผู้เขียนเขียนทั้งเล่ม และ ไม่มีบรรณาธิการ

ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. จำนวนหน้า.

จะใส่ครั้งที่พิมพ์เฉพาะกรณีที่ไม่ใช่ครั้งแรก

14. Khammanee T. Science of teaching: body of knowledge for the management of effective learning process. Bangkok: Chulalongkorn University printing house; 2007. 502 p. (in Thai).

15. Butler SW. Secrets from the Black Bag. London: The Royal College of General Practitioners; 2005.

16. Cheers B, Darracott R, Lonne B. Social care practice in rural communities. Sydney: The Federation Press; 2007.

17. Murtagh J. John Murtagh's General practice. 4th ed. Sydney: McGraw-Hill Australia Pty Ltd; 2007.

หนังสือที่มีบรรณาธิการ และอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

18. Mahathanan N, Rodpai S. Counselling for renal replacement therapy. In: Eiam-Ong S, Susantitaphong P, Srisawat N, Tiranathanagul K, Praditpornsilpa K, Tungsanga K, editors. Textbook of hemodialysis. Nakhon Pathom: A I Press;

2007. P. 94-103.

19. Alexander RG. Considerations in creating a beautiful smile. In: Romano R, editor. The art of the smile. London: Quintessence Publishing; 2005. p. 187-210.

20. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynaecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. Chapter 29, Endometriosis; p.1103-33.

กรณีเป็น e-book

21. Irfan A. Protocols for predictable aesthetic dental restorations [Internet]. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006 [cited 2009 May 21]. Available from Netlibrary: <http://cclsw2.vcc.ca:2048/login?url=http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=summary&v=1&book-id=181691>.

กรณีเป็นบทหนึ่งใน e-book

22. Darwin C. On the Origin of Species by means of natural selection or the preservation of favoured races in the struggle for life [internet]. London: John Murry; 1859. Chapter 5, Laws of Variation. [cited 2010 Apr 22]. Available from: <http://www.talkorigins.org/faqs/origin/chapter5.html>.

13.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ). ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. จำนวนหน้า.

23. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme



TE, Reinhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

กรณีนำเสนอในการประชุม แต่ไม่มีการตีพิมพ์

24. Bowden FJ, Fairley CK. Endemic STDs in the Northern Territory: estimations of effective rates of partner exchange. Paper presented at: The Scientific Meeting of the Royal Australian College of Physicians; 1996 June 24-25; Darwin, Australia.

กรณีตีพิมพ์เป็น proceeding

25. Kimura J. Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

13.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

26. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No.: HHSIGOEI69200860.

13.5 วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา, คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

27. Khwansuk N. The effect of a home environmental management program for children with asthma on caregivers' management behav-

ior (master's thesis). Bangkok: Mahidol University; 2011. (in Thai)

13.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

13.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วัน เดือน ปีที่พิมพ์; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

28. Purdon F. Colder babies at risk of SIDS. The Courier Mail 2010 Mar 8:9.

29. Robertson J. Not married to the art. The Courier Mail (Weekend edition). 2010 Mar 6-7:Sect. ETC:15.

กรณีไม่มีชื่อผู้เขียน

30. Meeting the needs of counsellors. The Courier Mail 2001 May 5:22.

13.6.2 กฎหมาย

31. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

13.6.3 พจนานุกรม

32. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p.119-20.

กรณีเป็น online dictionary

33. Stedman's medical dictionary. [Internet]. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p.119-20. [cited 2009 Nov 11]. Available from: <http://www.stedmans.com>.

13.7 วิดิทัศน์

ชื่อเรื่อง (วิดิทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

34. Robinson J (producer). Examination of the term neonate: a family centred approach [DVD]. South Hurstville, NSW: Midwifery Educa-



tional Services; 2005. 1 DVD: 37 min., sound, colour, 4 ¾ in.

13.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร หรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่ถ้ามี): [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address.

ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่มี DOI number

35. Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: ‘gated’ vs. ‘ungated’ approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227-232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/> doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024.

ตัวอย่างไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มี DOI number

36. Lemaneck K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol [Internet]. 1990 [cited 2010 Apr 22];15(4):437-58. Available from: <http://jpsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>.

Podcasts

37. Dirks, P. “Missing Link” fossil discovery in South Africa [podcast on the internet]. Sydney: ABC Radio National; 2010 [updated 2010 Apr 9; cited 2010 Apr 14]. Available from: <http://www.abc.net.au/rn/breakfast/stories/2010/2868072.htm>.

Blog Posts

38. Flower R. How a simple formula for resolving problems and conflict can change your

reality. Pick the brain [blog on the Internet]; 2015 Jun 1 [cited 2015 Jun 9]. Available from <http://www.pickthebrain.com/blog/how-a-simple-formula-for-resolving-problems-and-conflict-can-change-your-reality/>.

การปรับแก้ต้นฉบับ

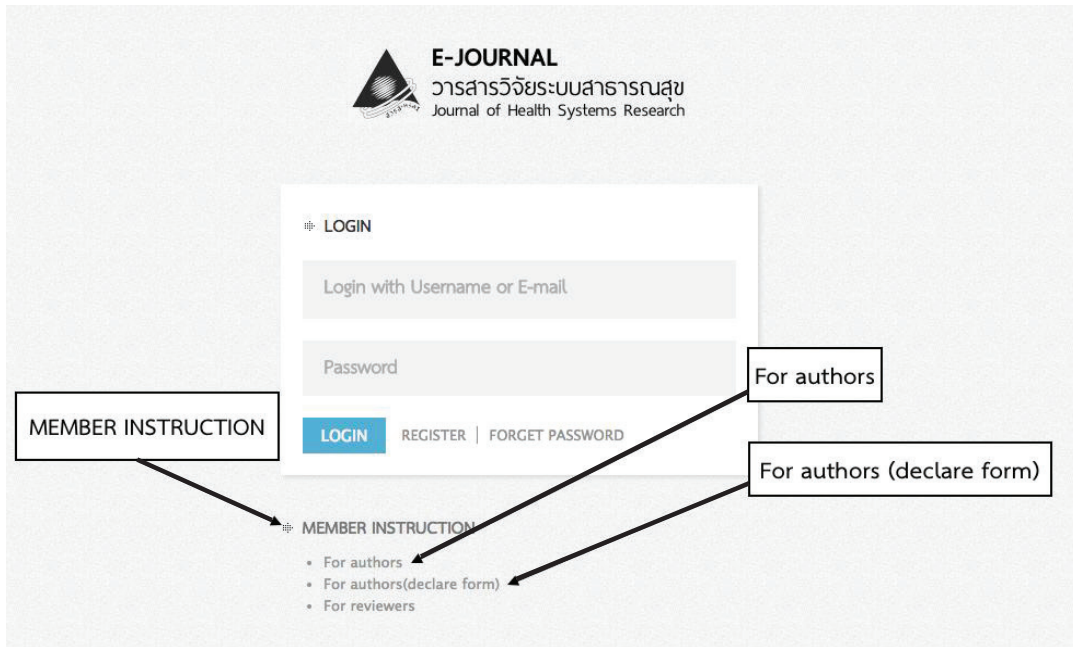
โดยทั่วไป ผู้อ่านบทความจะตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียน สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น

การตรวจกานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

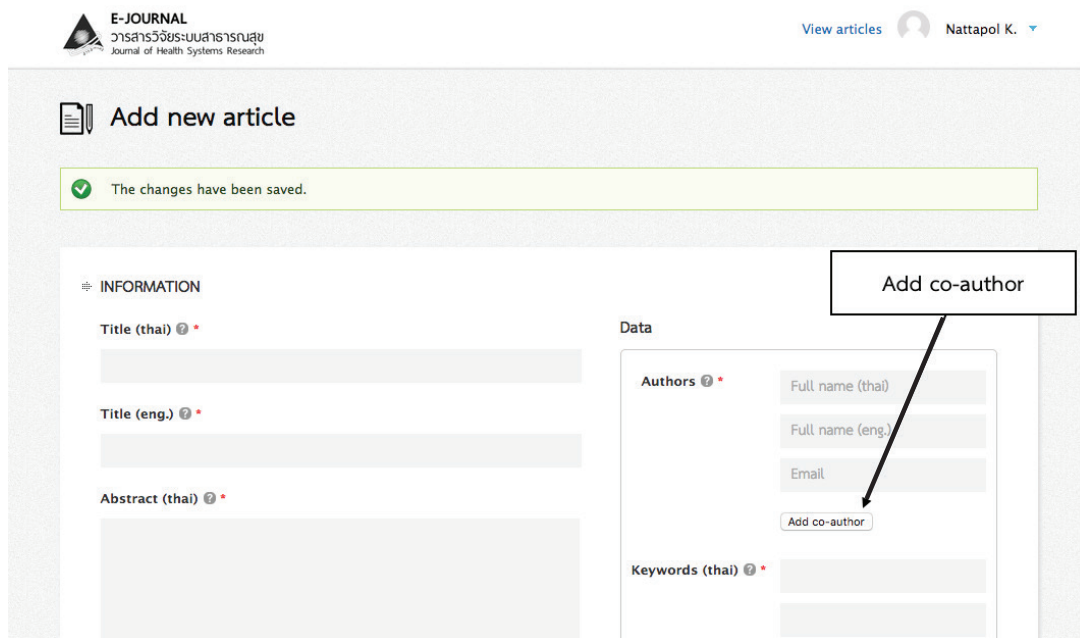
ผู้เขียนต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา

คำแนะนำการส่งต้นฉบับ

การส่งต้นฉบับบทความมายังวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องดำเนินการผ่านทางระบบออนไลน์เท่านั้น โดยไปที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> ซึ่งจะปรากฏหน้าจอตั้งภาพด้านล่างนี้ หากท่านใดส่งบทความเป็นครั้งแรก ต้องสมัครสมาชิกก่อน (คลิกที่ register) ระบบจะส่งลิงค์ไปให้ที่อีเมลที่ท่านใช้สมัคร ท่านจะต้องใช้ลิงค์นั้นภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อไปตั้ง password และหลังจากตั้ง password เรียบร้อยแล้ว ก็จะส่งบทความได้ และท่านจะไม่สามารถใช้ลิงค์เดิมนั้นในการลงทะเบียนซ้ำได้อีก ดังนั้น ท่านจำเป็นต้องตั้ง password ใหม่ หากลืม password กรุณากรอก username หรือ email address ที่ใช้สมัครไว้ และ click ที่ FORGET PASSWORD จะมีข้อความส่งไปยังอีเมลที่ท่านสมัครเพื่อให้ท่านสามารถเข้าระบบเพื่อตั้ง password ใหม่ได้ สำหรับคำแนะนำการเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับสามารถดาวน์โหลดได้โดยการคลิกที่ “For authors”

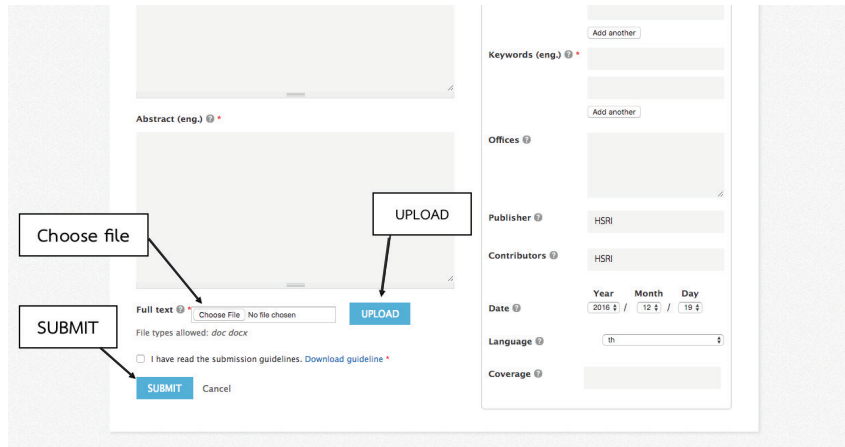


ภายหลังการตั้ง password เมื่อคลิก save แล้ว จะปรากฏหน้าข้างล่างนี้บนหน้าจอ

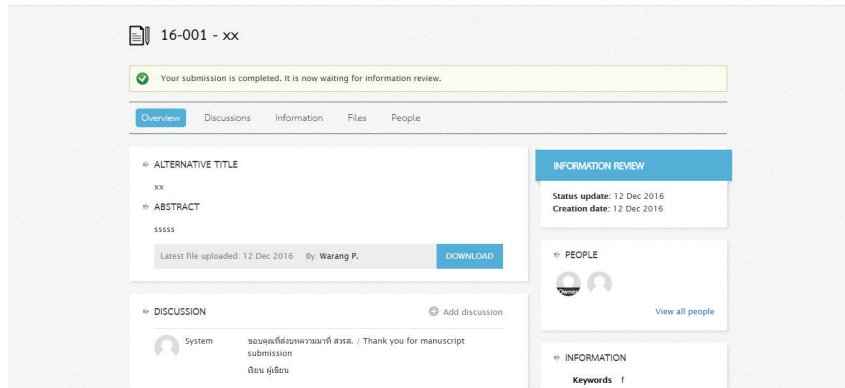


กรอกรอกข้อมูลต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชื่อและอีเมลของผู้เขียนทุกท่านตามที่ปรากฏในไฟล์นิพนธ์ต้นฉบับ ซึ่งช่องสำหรับกรอกข้อมูลของผู้เขียนร่วมจะปรากฏเมื่อท่านคลิกที่ปุ่ม Add co-author ซึ่งจะปรากฏช่องให้กรอกข้อมูลผู้เขียนร่วมครั้งละ 1 ท่าน เมื่อท่าน

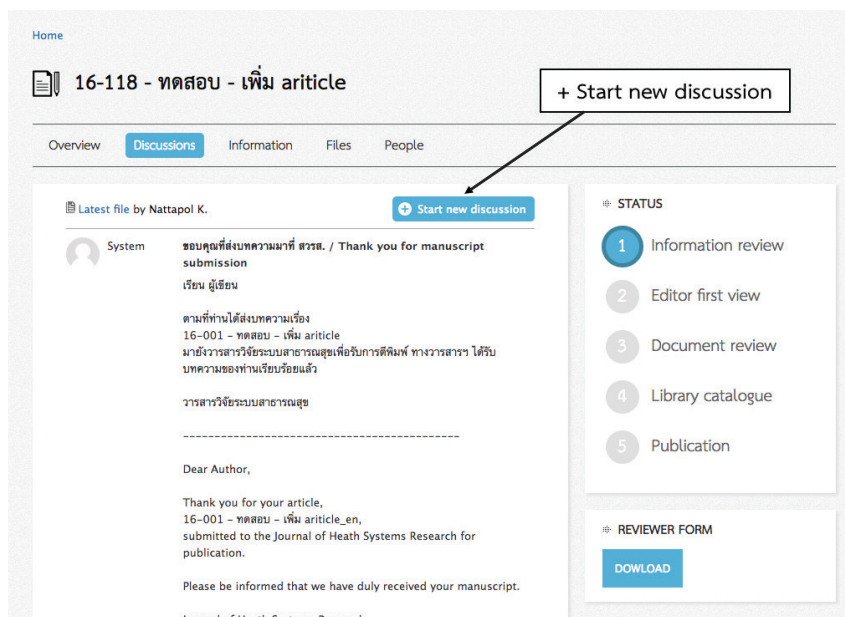
กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงคลิก Choose file เพื่อไปเลือกไฟล์นิพนธ์ต้นฉบับที่ท่านต้องการเสนอตีพิมพ์ เมื่อปรากฏชื่อไฟล์ที่ต้องการในกล่องเรียบร้อยแล้วจึงกดปุ่ม UPLOAD เพื่อ upload ไฟล์เข้าระบบ หลังจากระบบ upload ไฟล์เรียบร้อยแล้ว ให้กดปุ่ม SUBMIT



หลังจากการส่งนิพนธ์ต้นฉบับเสร็จสิ้นแล้ว หน้าจอจะปรากฏดังนี้

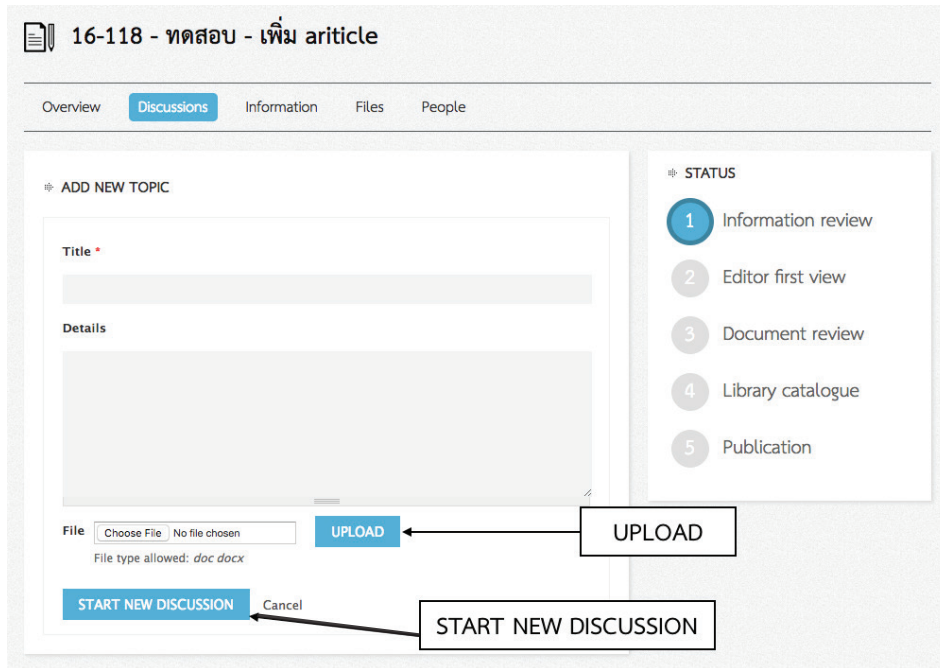


การติดต่อกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายจัดการวารสารนั้น ท่านสามารถกระทำได้ เมื่อท่าน log in เข้าระบบที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> แล้วไปที่ tab “Discussions” จากนั้น คลิกที่ “+ Start new discussion” ดังภาพด้านล่าง





จากนั้นจะปรากฏหน้าจอดังนี้



ให้พิมพ์หัวข้อที่ช่อง Title ซึ่งมี * (สีแดง) กำกับไว้ แล้วพิมพ์ข้อความที่ต้องการสื่อสารในช่อง Details หากมีไฟล์ที่ต้องการ upload ก็คลิกที่ Choose File แล้วคลิก UPLOAD

จากนั้น คลิกที่ START NEW DISCUSSION ที่อยู่ด้านล่าง ระบบจะส่งข้อความของท่านไปยังเจ้าหน้าที่ฝ่ายจัดการวารสารฯ

หากการ upload ไฟล์สำเร็จ จะมีข้อความแสดง

ที่หน้าจอให้ทราบ หรือท่านสามารถตรวจสอบได้โดยไปที่ tab “Files” ซึ่งจะแสดงทุกไฟล์ที่ได้มีการ upload พร้อมวันที่ที่ upload แต่ละไฟล์

หากท่านมีข้อสงสัยหรือพบปัญหาในการใช้ระบบ กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายจัดการวารสารฯ ในเวลาทำการ (08.30-16.30 น.) ของวันจันทร์-ศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ที่โทร 02-832-9200

สารบัญ

Contents

บทบรรณาธิการ

เศรษฐศาสตร์การเมืองของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 523

นิพนธ์ต้นฉบับ

กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีของประเทศไทยและต่างประเทศ 525

นงนุช ใจชื่น และคณะ

ทางเลือกการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบของประเทศไทย 546

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์
กนิษฐา มากมูล

การสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองของประเทศไทย: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 3 556

ภูดิท เตชาติวัฒน์ และคณะ

รูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคกับผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ 575

จิตติ วิสัยพรหม และคณะ

ผลลัพธ์ของการบริการเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเวช: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 590

ณัฐพล สัมประสิทธิ์
วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์

ประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหึ่งหึ่ง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี 608

ยศ วาจรคุปต์ และคณะ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ 625

จักรกฤษณ์ วัชรราชูทร์ และคณะ

Editorial

Political Economy of Non-communicable Disease Prevention and Control

ORIGINAL ARTICLES

Regulations for Control the Beverages Containing Not More Than 0.5% Alcohol by Volume in Thailand and Foreign Countries

Nongnuch Jaichuen, et al.

Options for the Reform of Thailand Tobacco Monopoly

*Siriwan Pitayarangsarit
Kanidta Makmool*

Options for Urban Health Services System Development in Thailand: A Case Study of Health Region 3

Phudit Tetjativaddhana, et al.

Health Promotion and Diseases Prevention Payment Mechanism and Its Effects

Jitti Wisaiprom, et al.

Outcome of Pharmaceutical Care in Patients with Psychiatric Disorder: A Systematic Review

*Nathapol Samprasit
Wiwat Thavornwattanayong*

An Effectiveness Analysis of the Long-Term Care Plans in Udon Thani Province

Yos Vajragupta, et al.

Factors Predicting Food Consumption Behavior of Hemodialysis Patients with End Stage Renal Disease at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Jukkrit Wungrath, et al.

สารบัญ

Contents

- | | | |
|--|-----|--|
| การเข้าถึงบริการทันตกรรมประเภทต่างๆ ของ
ประชากรไทย
<i>วรารัตน์ ใจชื่น</i> | 636 | Accessibility to Dental Care According to Type of
Service in Thai Population
<i>Wararat Jaichuen</i> |
| ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก
การจัดกลุ่มโรคผู้ป่วยนอกเพื่อการจ่ายเงินที่
โรงพยาบาลบางบัวทอง
<i>กิตติยา ชูโชติ
นิลวรรณ อยู่ภักดี</i> | 645 | Expenditure of Diabetes Mellitus According to
Classification Systems for Outpatient Payment at
Bangbuathong Hospital
<i>Kittiya Choochote
Nilawan Upakdee</i> |
| การจัดลำดับความสำคัญภาวะสุขภาพและโรค
ไม่ติดต่อของคนต่างด้าวในประเทศไทย
<i>ศุภวรรณ เพิ่มผลสุข และคณะ</i> | 657 | Priority Setting of Health Conditions and Non-com-
municable Diseases among Migrants in Thailand
<i>Supawat Permpolsuk, et al.</i> |
| ความรู้ ทัศนคติ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการ
การแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย
<i>ธีระ ศิริสมุค และคณะ</i> | 668 | Knowledge, Perspective, and Reasons of Not-
Calling Emergency Medical Services in Thailand
<i>Teera Sirisamutr, et al.</i> |
| ต้นทุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพ 8

<i>ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย
อุทุมพร วงษ์ศิลป์</i> | 681 | Cost of Primary Care Service Network in Health
Region 8

<i>Kwanpracha Chiangchaisakulthai
Utoomporn Wongsin</i> |

เศรษฐศาสตร์การเมืองของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

Political Economy of Non-communicable Disease Prevention and Control

โรคไม่ติดต่อ หรือ NCDs (non-communicable diseases) เป็นคำที่ใช้เรียกกลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากเชื้อโรค (non-infectious diseases) หรือไม่สามารถติดต่อกันได้ ทั้งนี้ โรคที่นำมารวมกันเป็น NCDs มีลักษณะของสาเหตุต่างๆ ร่วมกันคือ อาหารทำลายสุขภาพ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และออกกำลังกายน้อย เป็นปัจจัยเสี่ยงเดี่ยวหรือมากกว่าหนึ่งอย่างผสมรวมกัน การป้องกันและควบคุม NCDs มีมิติที่ยากและซับซ้อน แต่เมื่อใช้มุมมองทางเศรษฐศาสตร์การเมืองของการป้องกันและควบคุม NCDs จะเกิดประเด็นที่น่าสนใจและน่าติดตามมาก

การประชุมรางวัลเจ้าฟ้ามหิดลปี พ.ศ. 2562 (Prince Mahidol Award Conference: PMAC 2019) ตั้งหัวเรื่องการประชุมว่า เศรษฐศาสตร์การเมืองของโรคไม่ติดต่อ การเข้าถึงทางสังคมทั้งมวล (The Political Economy of NCDs A Whole of Society Approach⁽¹⁾) เน้นการเข้าถึงแก่นประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการป้องกันและควบคุม NCDs ด้วยมุมมองทางเศรษฐศาสตร์การเมือง

เศรษฐศาสตร์การเมืองเป็นแขนงวิชาที่มีมานานกว่า 400 ปี เป็นการผสมผสานองค์ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์ รัฐศาสตร์ นิติศาสตร์ ประวัติศาสตร์ สังคมศาสตร์และอื่นๆ เพื่ออธิบายอิทธิพลของการเมืองการปกครองต่อผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์⁽²⁾ ดังนั้น ขอบเขตของเศรษฐศาสตร์การเมืองของ NCDs จึงกินความลึกไปถึงองค์ประกอบ

ทางสังคมทั้งมวลที่ทำให้การป้องกันและควบคุม NCDs บรรลุหรือไม่บรรลุผลทางเศรษฐศาสตร์

ขนาดของปัญหา NCDs ที่ประกอบด้วย 4 กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ มะเร็ง เบาหวานและโรคปอดเรื้อรัง ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตทั่วโลกปีละมากกว่า 41 ล้านราย ซึ่งในจำนวนนี้นั้น สัดส่วนมากกว่าร้อยละ 36 เป็นการสูญเสียก่อนวัยอันควร และร้อยละ 85 ของการสูญเสียก่อนวัยอันควรนี้ เกิดกับคนในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง⁽³⁾ ส่วนประเทศไทยนั้น ร้อยละ 75 ของการตายมีสาเหตุมาจากโรคภายใน 4 กลุ่มโรค NCDs ดังกล่าว ซึ่งมากกว่าร้อยละ 55 เป็นการสูญเสียก่อนวัยอันควร⁽⁴⁾

เมื่อเทียบกับปัญหาโรคเอดส์ซึ่งพบผู้ป่วยรายแรกในปี พ.ศ. 2524 เมื่อผ่านไป 36 ปี สถานการณ์ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ติดเชื้อ HIV ทั่วโลก 37 ล้านคน เข้าถึงยาต้านไวรัสฯ ได้ 22 ล้านคน ติดเชื้อฯ รายใหม่ปีละ 1.8 ล้านคน เสียชีวิตปีละ 940,000 คน (รวมเสียชีวิตทั่วโลกสะสม 35.4 ล้านคน จากผู้ติดเชื้อฯ ทั้งหมด 77.3 ล้านคน) ประเทศรายได้ต่ำและปานกลางมีงบประมาณสำหรับโรคนี้นี้มากกว่า 2 หมื่นล้านดอลลาร์ต่อปี และร้อยละ 56 มาจากงบประมาณภายในประเทศ เป้าหมายควบคุมโรคนี้นี้ภายในปี พ.ศ. 2563 คือ ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อฯ รู้สถานการณ์ติดเชื้อฯ ของตน ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อฯ เข้าถึงยาต้านไวรัสฯ ได้ และ

ร้อยละ 90 ตรวจไม่พบเชื้อฯ ประเมินการว่าจะต้องใช้งบประมาณถึง 2.6 หมื่นล้านดอลลาร์⁽⁵⁾ ซึ่งมีความเป็นไปได้สูงที่จะประสบความสำเร็จ

การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ระดับโลกเป็นตัวอย่างของการใช้เศรษฐศาสตร์การเมืองที่ได้ผลดี ซึ่งการป้องกันและควบคุม NCDs หวังจะเดินรอยตาม เช่น การใช้เวทีระดับสหประชาชาติ ผลักดันคำประกาศทางการเมือง (Political Declaration) จากที่ประชุมระดับผู้นำประเทศ (High Level Meeting) ในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ถึง 3 ครั้ง (ปี พ.ศ. 2554, 2557 และ 2561)⁽⁶⁾ มีการใช้คำเรียกกลุ่มเป้าหมายของ NCDs ว่า people living with NCDs (PLWNCDS) ในทำนองเดียวกับ people living with HIV/AIDS (PLWHA) หรือเรียกกลุ่มโรคด้วยคำย่อ NCDs ในทำนองเดียวกับคำย่อ AIDS ซึ่งภายหลังในระยะต่อมาไม่นาน คำว่าเอดส์ก็เป็นที่รับรู้กันอย่างแพร่หลายในภาษาไทยว่าหมายถึงโรคอะไร

แนวรบของการป้องกันและควบคุม NCDs ใหญ่กว่า การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์มากนัก มาตรการที่องค์การอนามัยโลกแนะนำประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางให้ดำเนินการบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ให้ผลคุ้มค่าเงิน มีตั้งแต่มาตรการในระดับประเทศไปจนถึงในระดับชุมชน เช่น เพิ่มภาษีเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการบริโภคอาหารที่ทำลายสุขภาพ การส่งเสริมและสนับสนุนการออกกำลังกาย โดยใช้งบประมาณเพียงปีละ 2 พันล้านบาทในประเทศรายได้ต่ำ และถ้ารวมกับมาตรการระดับบุคคล เช่น การเข้าถึงยาป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ วัคซีนป้องกันมะเร็งตับและมะเร็งปากมดลูก จะต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น 1.1 หมื่นล้านบาท⁽⁷⁾ จะเห็นได้ว่า งบประมาณที่ต้องใช้นั้นน้อยกว่าการป้องกันโรคเอดส์ อย่างไรก็ตาม ผู้เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของ NCDs นั้น มีมากมายและหลากหลายกว่าโรคเอดส์นัก ทั้งธุรกิจอาหาร บุหรี่ สุรา ที่ล้วนมีผลกระทัดในการโฆษณาจูงใจผู้บริโภค

อย่างดูเด็ด สมรรถุ์มิรบของเศรษฐศาสตร์การเมืองของการป้องกันและควบคุม NCDs จึงน่าเป็นห่วงว่าจะได้รับความสำเร็จตามการคำนวณได้จริงหรือ แม้จะมีกลไกสหประชาชาติที่วางเป้าหมายการป้องกันและควบคุม NCDs ให้ประเทศต่างๆ เดินตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี พ.ศ. 2563 (Sustainable Development Goal 2030)

ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุโณทัย
บรรณาธิการ

References

1. Prince Mahidol Award Conference. 2018 (accessed 2018 December 15). Available from: <http://pmac2019.com/site/conferenceprogram>.
2. Faculty of Humanities and Social Sciences, Athabasca University. What is Political Economy? 2017 (accessed 2018 December 15). Available from: <http://poec.athabasca.ca/what/>.
3. World Health Organization. Time to Deliver. Third UN High-level Meeting on Non-communicable Diseases. (accessed 2018 December 15). Available from: <https://www.who.int/ncds/governance/third-un-meeting/brochure.pdf?ua=1>.
4. Department of Disease Control. The five-year national strategic plan for prevention and control of non-communicable diseases (2017-2021). Nonthaburi: Department of Disease Control; 2017.
5. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics – 2018 fact sheet. 2018 (accessed 2018 December 15). Available from: <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
6. NCD Alliance. NCD Alliance Analysis of the 2018 Political Declaration on NCDs. 2018 (accessed 2018 December 15). Available from: https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/Analysis%20of%20NCDAs%20recommendations%20in%20HLM%20PD_final.pdf.
7. World Health Organization and World Economic Forum. From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. Geneva: World Economic Forum, 2011.

กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีของประเทศไทยและต่างประเทศ

บนุช ใจชื่น*

โสภิต นาสืบ*

กมลพัฒน์ มากแจ้ง*

สุรศักดิ์ ไชยสงค์[†]

บุศิมา อรรถสิทธิ์[‡]

ผู้รับผิดชอบบทความ: บนุช ใจชื่น

บทคัดย่อ

พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ได้บัญญัติว่า เครื่องดื่มใดๆ ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี ไม่ถือว่าเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงมีผลให้เครื่องดื่มดังกล่าวไม่ถูกควบคุมฉลาก การโฆษณา และมาตรการอื่นๆ ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีของประเทศไทยและต่างประเทศ ด้วยการวิจัยเชิงเอกสารที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (ระหว่างปี พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2560) ในฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก ฐานข้อมูลของ PubMed และการใช้ Google search engine โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ ออสเตรเลีย แอฟริกาใต้ นอร์เวย์ และไทย แล้ววิเคราะห์เนื้อหากฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ ออสเตรเลีย และแอฟริกาใต้นั้น กฎหมายได้กำหนดให้มีการแสดงฉลากเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีว่าเป็น “เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์” และเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.05 ดีกรี และ 0.00 ดีกรี ต้องระบุว่าเป็น “เครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์” สำหรับการควบคุมการโฆษณา พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และแอฟริกาใต้ได้กำหนดว่า การโฆษณาเครื่องดื่มชนิดนี้จักต้องไม่ทำให้เข้าใจว่าเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ประเทศสหรัฐอเมริกาและแอฟริกาใต้จะกำหนดการใช้ข้อความเพื่อแสดงปริมาณและความเข้มข้นของปริมาณแอลกอฮอล์บนฉลากแล้ว สหรัฐอเมริกายังห้ามใช้เทคนิคการโฆษณาแฝงเพื่อจูงใจจิตได้สำนึกและควบคุมการตั้งชื่อยี่ห้อและการใช้ตราสินค้าในการโฆษณาเครื่องดื่มชนิดนี้อย่างเข้มงวดอีกด้วย

คำสำคัญ: กฎอนามัย, กฎหมายสาธารณสุข, กฎหมายและข้อบังคับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

* สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

[†] หน่วยวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[‡] แผนงานพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

Regulations for Control the Beverages Containing Not More Than 0.5% Alcohol by Volume in Thailand and Foreign Countries

Nongnuch Jaichuen*, Sopit Nasueb*, Kamolphet Markchang*, Surasak Chaiyasong*[†], Chutima Akaleephan[‡]

* Health Promotion Policy Research Center (HPR), International Health Policy Program (IHPP)

[†] Social Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

[‡] International Trade and Health Programme, International Health Policy Program (IHPP)

Corresponding author: Nongnuch Jaichuen, nongnuch@ihpp.thaigov.net

Abstract

The definition of alcohol from the Excise Tax Act, B.E. 2560 requires that alcoholic beverages not more than 0.5% alcohol by volume are not considered alcoholic. So, the beverages containing not more than 0.5% alcohol by volume are not controlled by labelling, advertising, and other measures under the Alcohol Control Act, B.E. 2551 and other relevant laws. The objective of this study was to review the beverages containing not more than 0.5% alcohol by volume regulations in Thailand and foreign countries. Searches were conducted through government database from websites, MEDLINE (PubMed), and Google for ten years (from 2008-2017). Purposive sampling was used to select 6 countries; the United States, Singapore, Australia, South Africa, Norway and Thailand. All regulations were analyzed using a content analysis approach. The study of labelling found that the US, Singapore, Australia and South Africa laws stated that the beverages containing not more than 0.5% alcohol by volume must be labelled as non-alcoholic products and the beverages containing not more than 0.05% and 0.0% alcohol by volume must be labelled "alcohol-free". For advertising control, the US, Australia and South Africa laws stated that the non-alcoholic and alcohol-free beverages were not allowed to be advertised as alcoholic product. Besides, the US and South Africa laws indicated that the beverage advertising had to show the content and intensity of alcohol on the label. Additionally, the US has a law to ban deceptive advertising techniques and strongly control brand name and brand advertising.

Keywords: health regulations, public health laws, alcohol beverages laws and regulations

ภูมิหลังและเหตุผล

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของอุบัติการณ์โรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases: NCDs)⁽¹⁾ เป้าหมายหลักที่ 3 ของการมีสุขภาพดีในทุกช่วงอายุตามกระบวนการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) คือต้องการลดการตายก่อนวัยอันควรที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽²⁾ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม รวมถึงเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ⁽³⁾ การทบทวนวรรณกรรมของประเทศกำลังพัฒนา พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการตายของประชากรวัยหนุ่มสาวที่มีอายุ 20-39 ปี ถึงร้อยละ 25⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทย

การดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในอันดับที่สอง ที่ก่อให้เกิดภาวะโรคสูงถึงร้อยละ 10 ของภาวะโรคทั้งหมด⁽⁵⁾ และเมื่อประเมินเป็นความเสียหายทางเศรษฐกิจแล้ว พบว่า มีมูลค่าสูงถึง 1.51 แสนล้านบาท หรือร้อยละ 1.97 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ⁽⁶⁾

จากผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงได้แนะนำมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและต้นทุนต่ำ หรือมีความคุ้มค่ามากในการดำเนินการ (best-buys measures) คือ มาตรการควบคุมการโฆษณา หรือการจำกัดการพบเห็นการโฆษณา เช่น การจำกัดปริมาณการโฆษณา การควบคุมเนื้อหาการโฆษณา การห้ามทำการตลาดด้วยการลดราคา⁽⁷⁾

สำหรับมาตรการที่มีประสิทธิผลรองลงมา (good-buys measures) คือ การให้ความรู้ เช่น ข้อความเตือนบนฉลาก⁽⁸⁾ ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ควบคุมได้เพียงบางส่วน โดยบทบัญญัติต่างๆ ได้กำหนดการควบคุมทั้งเนื้อหาและรูปแบบของการโฆษณา⁽⁹⁾ ส่วนการควบคุมฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้กำหนดให้ฉลากและบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะต้องไม่มีข้อความที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภคหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนรวม และต้องไม่มีข้อความที่เชิญชวนให้บริโภคหรืออวดอ้างสรรพคุณ คุณประโยชน์หรือคุณภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งโดยตรงและทางอ้อม เช่น ข้อความที่ทำให้เกิดทัศนคติว่าจะทำให้ประสบความสำเร็จในทางสังคมหรือทางเพศ หรือทำให้สมรรถภาพทางร่างกายดีขึ้น และต้องไม่มีข้อความหรือภาพที่มีนักกีฬา ดารา ศิลปิน นักร้องหรือนักแสดงหรือภาพการ์ตูน⁽¹⁰⁾

อย่างไรก็ตาม พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ได้ใช้นิยามเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2527⁽⁹⁾ เมื่อกรมสรรพสามิตประกาศใช้พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ฉบับใหม่ซึ่งเป็นการรวมพระราชบัญญัติอื่นๆ ที่มีเรื่องสรรพสามิตเข้าไว้ด้วยกัน ได้แก่ สุรา ยาสูบ ไฟฟ้าหอม ของฟุ่มเฟือย ซึ่งเป็นการยกเลิกพระราชบัญญัติเฉพาะเดิมๆ เหล่านั้น และแก้ไขนิยามคำว่า “สุรา” ใหม่โดยให้หมายความรวมถึง “วัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา หรือซึ่งดื่มกินไม่ได้ แต่เมื่อได้ผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา แต่ไม่รวมถึงเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี”⁽¹¹⁾ จากนิยามดังกล่าวทำให้เครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี ไม่ใช่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีผลให้เครื่องดื่มดังกล่าวจะไม่ถูกควบคุมภายใต้กฎหมายว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การกำหนดข้อความบนฉลากและการห้ามโฆษณา

บทความนี้เป็นผลจากการศึกษาทบทวนกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องในการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี ของประเทศไทยและต่างประเทศ

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเอกสาร (documentary research) ใช้วิธีทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์เอกสารเพื่อศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องในการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษานิยามเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของทั่วโลกจาก Global Status Report on Alcohol and Health 2014⁽¹²⁾ จากนั้น คณะผู้วิจัยคัดเลือก 5 ประเทศ จาก 5 ทวีป ที่มีกำหนดนิยามของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcoholic beverage) ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์มากกว่า 0.5 ดีกรี (alcohol content >0.5% by volume) และคัดเลือก 5 ทวีป ตามเกณฑ์ทางภูมิศาสตร์ที่จำแนกโลกออกเป็นทวีป⁽¹³⁾ ได้แก่ อเมริกา เอเชีย ออสเตรเลีย แอฟริกาและยุโรป โดยคัดเลือก 1 ประเทศในแต่ละทวีป ได้แก่ สหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ ออสเตรเลีย แอฟริกาใต้และนอร์เวย์ นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังได้เลือกศึกษาประเทศไทยร่วมด้วย ส่วนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 5 ประเทศ จาก 5 ทวีปนั้น คณะผู้วิจัยได้พิจารณาภายใต้เงื่อนไขว่า ประเทศนั้นๆ จะต้องมีความก้าวหน้าและมีความโดดเด่นด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีเอกสารเป็นภาษาอังกฤษที่คณะผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำว่าเป็นประเทศที่มีความเหมาะสม

แหล่งข้อมูลในการสืบค้น

การศึกษานี้ คณะผู้วิจัยได้ใช้แหล่งสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ Global Status Report on Alcohol

and Health 2014: WHO Member States' definition of an alcoholic beverage (% alcohol by volume) กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย และต่างประเทศ กฎหมายอาหารของประเทศไทยและต่างประเทศ บทความวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการบนฐานข้อมูลของ PubMed และการใช้ Google search engine

เกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. เกี่ยวกับกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับและมาตรการเลือกศึกษาเฉพาะตัวบทกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี ในประเทศไทย สหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ ออสเตรเลีย แอฟริกาใต้ และนอร์เวย์
2. เกี่ยวกับอาหารที่เป็นเครื่องดื่ม เลือกศึกษาเฉพาะเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่มีดีกรีไม่เกิน 0.5 ดีกรี (เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์)

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น (Keywords)

1. กฎหมาย, ระเบียบ, ข้อบังคับ, มาตรการ, แอลกอฮอล์, อาหาร, ฉลาก, การโฆษณา, act, law, regulation, code, alcohol, food, labelling, advertising
2. เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์, เครื่องดื่มปราศจากแอลกอฮอล์, non-alcoholic beverage, alcohol-free beverage

เกณฑ์การกำหนดนิยาม

1. กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หมายถึง กฎหมาย ระเบียบ หรือข้อบังคับของภาครัฐ
2. มาตรการที่เกี่ยวข้อง หมายถึง แนวทางปฏิบัติหรือวิธีปฏิบัติเพื่อการควบคุม ทั้งที่เป็นของภาครัฐและของภาคเอกชน

3. ประเภทของเครื่องดื่ม (1) เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี หมายถึง เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ และ (2) เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 0.0 ดีกรี หมายถึง เครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์

4. การควบคุมเครื่องดื่ม หมายถึง การควบคุมฉลาก และการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี และ 0.0 ดีกรี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมเอกสารเกี่ยวกับมาตรการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (ระหว่างปี พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2560) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2560 และตีพิมพ์บทความวิจัยสำหรับการศึกษาค้นคว้าในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการทบทวนวรรณกรรมนั้น เนื่องจากเป็นเรื่องของกฎหมายและเป็นภาษาอังกฤษเกือบทั้งหมด คณะผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสอบทานการอ่านและวิเคราะห์สลับกัน กล่าวคือ ผู้วิจัยที่ศึกษาทบทวนกฎหมายในประเทศไทย สหรัฐอเมริกา และสิงคโปร์จะต้องอ่านและวิเคราะห์ผลทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยที่ศึกษาทบทวนกฎหมายของประเทศนอร์เวย์ ผู้วิจัยที่ศึกษาทบทวนกฎหมายในประเทศออสเตรเลียและแอฟริกาใต้จะต้องอ่านและวิเคราะห์ผลทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยที่ศึกษาทบทวนกฎหมายของประเทศไทย สหรัฐอเมริกาและสิงคโปร์ และผู้วิจัยที่ศึกษาทบทวนกฎหมายของประเทศนอร์เวย์จะต้องอ่านและวิเคราะห์ผลทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยที่ศึกษาทบทวนกฎหมายของประเทศออสเตรเลียและแอฟริกาใต้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการตรวจสอบความรู้ความเข้าใจให้ถูกต้องมากที่สุด จากนั้นจึงวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ด้วยการจำแนกข้อความเข้ากลุ่ม เพื่อสร้างข้อสรุปและเขียนรายงานเป็นเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

จากการศึกษากฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับฉลากและการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี ของประเทศไทยและต่างประเทศ อันได้แก่ สหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ ออสเตรเลีย แอฟริกาใต้ และนอร์เวย์ ได้ข้อสรุปด้านการจัดแบ่งกลุ่มเครื่องดื่ม ประเภทและเนื้อหาของกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี ดังนี้ (รายละเอียดเนื้อหากฎหมายดูในภาคผนวก)

1. การจัดแบ่งกลุ่มเครื่องดื่มตามกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีของประเทศไทยและต่างประเทศ

สำหรับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีนั้น กฎหมายว่าด้วยอาหารของประเทศไทยจัดให้เป็น “เครื่องดื่ม”^(11,14) ในขณะที่กฎหมายว่าด้วยแอลกอฮอล์ในประเทศสหรัฐอเมริกาจัดให้เครื่องดื่มมอลต์ที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีเป็นเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มมอลต์ที่มีแอลกอฮอล์ 0.0 ดีกรีเป็นเครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ ประเทศออสเตรเลียจัดให้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 1.15 ดีกรี เป็น “เครื่องดื่มประเภท

brewed soft drink”⁽¹⁷⁾ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีเป็น “เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์”⁽¹⁸⁾ ประเทศแอฟริกาใต้จัดให้เครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีเป็นเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์⁽¹⁹⁾ และเครื่องดื่มที่ทำมาจากแป้งหรือของเหลวที่ทำจากธัญพืชที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี เป็น soft-drink (เครื่องดื่มที่ไม่ใช่เหล้า)⁽²⁰⁾ และเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.05 ดีกรีเป็นเครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์⁽¹⁹⁾ และประเทศนอร์เวย์จัดให้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์น้อยกว่า 0.7 ดีกรีเป็นเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์^(21,22) (ตารางที่ 1)

2. ประเภทของกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีของประเทศไทยและต่างประเทศ

2.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี

2.1.1 การควบคุมฉลาก

ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี ได้แก่ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522⁽²³⁾ โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ออกประกาศชี้แจงประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 367 พ.ศ. 2557 เรื่อง การ

ตารางที่ 1 การจัดแบ่งกลุ่มเครื่องดื่มตามนิยามของกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์แตกต่างกันของประเทศไทยและต่างประเทศ

ประเทศ	นิยามเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์	นิยามเครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์
ไทย	มีปริมาณแอลกอฮอล์ ≤ 0.5 ดีกรี	–
สหรัฐอเมริกา	มีปริมาณแอลกอฮอล์ ≤ 0.5 ดีกรี	มีปริมาณแอลกอฮอล์ 0.0 ดีกรี
สิงคโปร์	มีปริมาณแอลกอฮอล์ ≤ 0.5 ดีกรี	–
ออสเตรเลีย	มีปริมาณแอลกอฮอล์ ≤ 0.5 ดีกรี* หรือ ≤ 1.15 ดีกรี**	–
แอฟริกาใต้	มีปริมาณแอลกอฮอล์ ≤ 0.5 ดีกรี	มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.05 ดีกรี
นอร์เวย์	มีปริมาณแอลกอฮอล์ ≤ 0.7 ดีกรี	–

* “เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์” ตามนิยามของแนวปฏิบัติของภาคเอกชน (Food & Beverages Advertising & Marketing Communications Code)

** “เครื่องดื่มประเภท brewed soft drink” ตามนิยามของกฎหมายอาหาร (Australia Food Standard 2015 under the Section 92 and 93 of the Food Standards Australia and New Zealand Act 1991)

แสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุ⁽²⁴⁾ และประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 383 พ.ศ. 2560 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุ ฉบับที่ 2⁽²⁵⁾ ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา มีกฎหมายเกี่ยวกับฉลากในเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี และเครื่องดื่มมอลต์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 0.0 ดีกรี ได้แก่ 27 Code of Federal Regulations (CFR)⁽²⁶⁾ สำหรับกฎหมายของประเทศสิงคโปร์ ได้แก่ Statutes of the Republic of Singapore, Chapter 283 Sale of Food Act (Original Enactment: Act 12 of 1973) Revised Edition 2002 มีกฎหมายว่าด้วยอาหารเกี่ยวกับฉลากเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี⁽²⁷⁾ ในขณะที่ประเทศออสเตรเลียมีกฎหมายอาหาร คือ Australia Food Standard 2015 under the Section 92 and 93 of the Food Standards Australia and New Zealand Act 1991 เกี่ยวกับฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 1.15 ดีกรี หรือเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์⁽¹⁷⁾

นอกจากนี้ จากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับฉลากเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี และไม่เกิน 0.05 ดีกรี ของประเทศแอฟริกาใต้ พบในกฎหมายอาหาร ได้แก่ Regulations relating to the labelling and advertising of foodstuffs No.R.146 and Regulations-GNR.1769 of 9 August 1985: Soft drinks under The Foodstuffs, Cosmetics and Disinfectants Act, 1972 (Act No. 54 of 1972) และในประเทศนอร์เวย์ มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับฉลากเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.7 ดีกรี หรือเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ คือ Regulation (EU) No 1169/2011 of the European Parliament and of the Council of 25 October 2011⁽²⁸⁾

2.1.2 การควบคุมการโฆษณา

ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี ได้แก่ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 โดยสำนักงานคณะกรรมการ

อาหารและยาได้ออกประกาศเรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2551⁽²⁹⁾ ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ ออสเตรเลีย และแอฟริกาใต้ มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี และไม่เกิน 0.05 ดีกรี รวมทั้งเครื่องดื่มมอลต์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 0.0 ดีกรีด้วย แต่ไม่พบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.7 ดีกรีหรือเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ในประเทศนอร์เวย์

2.2 มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี

2.2.1 การควบคุมฉลาก

จากแหล่งข้อมูลที่สืบค้นดังกล่าวแล้วไม่พบว่าทั้ง 6 ประเทศ มีมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมฉลากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี

2.2.2 การควบคุมการโฆษณา

ประเทศไทย สหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ แอฟริกาใต้ และนอร์เวย์ มีมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี (เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์) และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 0.0 ดีกรี (เครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์) ในขณะที่ประเทศออสเตรเลีย มีมาตรการการกำกับดูแลด้วยตนเองในการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกินกว่า 0.5 ดีกรี คือ Food & Beverages Advertising & Marketing Communications ที่มีกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็ก⁽¹⁸⁾

จากข้อมูลข้างต้น สามารถสรุปประเภทของกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี ได้ดังตารางที่ 2

3. เนื้อหาของกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีของประเทศไทยและต่างประเทศ

3.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี

ตารางที่ 2 กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี

ประเทศ	ลำดับ	ประเภทกฎหมาย	ชื่อกฎหมาย	หน่วยงานที่บังคับใช้กฎหมาย
ไทย	1	กฎหมายภาครัฐ	พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
	2	กฎหมายภาครัฐ	ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง คำชี้แจง ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 367) พ.ศ. 2557 เรื่องการแสดงฉลากของอาหาร ในภาชนะบรรจุ	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
	3	กฎหมายภาครัฐ	ประกาศสาธารณสุข ฉบับที่ 383 พ.ศ. 2560 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารในบรรจุ ฉบับที่ 2	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
	4	กฎหมายภาครัฐ	ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2551	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สหรัฐอเมริกา	1	กฎหมายภาครัฐ	27 Code of Federal Regulations (CFR)	U.S. Department of the Treasury
สิงคโปร์	1	กฎหมายภาครัฐ	The Statutes of the Republic of Singapore, Chapter 283 Sale of Food Act (Original Enactment: Act 12 of 1973) Revised Edition 2002	Agri-Food and Veterinary Authority
ออสเตรเลีย	1	กฎหมายภาครัฐ	Australia Food Standard 2015 under the Section 92 and 93 of the Food Standards Australia and New Zealand Act 1991	Food Standards Australia New Zealand (FSANZ)
	2	แนวปฏิบัติของเอกชน	Food & Beverages Advertising & Marketing Communications	Australian Association of National Advertisers (AANA)
แอฟริกาใต้	1	กฎหมายภาครัฐ	The Foodstuffs, Cosmetics and Disinfectants Act, 1972 (Act No. 54 of 1972)	Department of Health
	2	กฎหมายภาครัฐ	Regulations relating to the labelling and advertising of foodstuffs No.R.146	Department of Health
	3	กฎหมายภาครัฐ	Regulations-GNR.1769 of 9 August 1985: Soft drinks	Department of Health
นอร์เวย์	1	กฎหมายภาครัฐ	Regulation (EU) No 1169/2011 of the European Parliament and of the Council of 25 October 2011	European Food Safety Authority

3.1.1 การควบคุมฉลาก

กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมฉลากเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี มีข้อกำหนดหลักเกณฑ์และการควบคุมฉลาก แบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่

• ด้านเนื้อหา

ข้อกำหนดที่ต้องแสดงในฉลากเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี หรือเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ ทั้ง 6 ประเทศ มีเกณฑ์กำหนดโดยทั่วไปที่ต้องแสดงในฉลากตรงกัน ได้แก่ ชื่ออาหาร เครื่องหมาย

ทางการค้า ชื่อสถานที่และที่ตั้งของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้า หรือผู้จัดจำหน่าย ปริมาณอาหาร (ปริมาตรสุทธิ) ส่วนประกอบของอาหาร วันหมดอายุ และเนื้อหาในฉลาก ต้องไม่เป็นเท็จ ทำให้เข้าใจผิด หลอกลวง หรือก่อให้เกิดความผิดพลาดเกี่ยวกับคุณค่าและความปลอดภัย และต้องไม่มีการอ้างคุณประโยชน์ทางโภชนาการและสุขภาพ (nutrition and health claim)^(16-17,19,24,27-28) ในขณะที่ประเทศไทยและออสเตรเลียกำหนดว่า ในฉลากต้องมีข้อมูลสารอาหารที่อาจทำให้แพ้ และการกล่าวอ้างทางสุขภาพต้องไม่ทำให้เข้าใจผิดและห้ามใช้คำ เช่น สุขภาพดี มีประโยชน์ต่อสุขภาพ หรือมีคุณค่าทางโภชนาการ^(17,25)

สำหรับสหรัฐอเมริกา การเปิดเผยข้อมูลสารอาหารที่อาจทำให้แพ้ได้นั้น ไม่ได้เป็นการบังคับ แต่เป็นการขอความร่วมมือ⁽¹⁶⁾

ประเทศแอฟริกาใต้มีข้อกำหนดในการแสดงฉลากเพิ่มเติมต่างจาก 4 ประเทศ คือ การใช้คำ ภาพ เครื่องหมาย หรือการบรรยาย ต้องไม่ก่อให้เกิดความประทับใจว่า อาหารนั้นได้รับการสนับสนุน ถูกต้องตาม หรือ สอดคล้องกับคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคคลที่มีความเป็นมืออาชีพหรือองค์กรแนะนำให้บริโภค⁽¹⁹⁾ ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลียและแอฟริกาใต้ กำหนดว่า ฉลากของเครื่องดื่มชนิดนี้ต้องไม่ทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นเครื่องดื่ม

ตารางที่ 3 กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี

การควบคุมฉลาก	ไทย	สหรัฐอเมริกา	สิงคโปร์	ออสเตรเลีย	แอฟริกาใต้	นอร์เวย์
ข้อกำหนดทั่วไป ได้แก่ ชื่ออาหาร เครื่องหมายทางการค้า ชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าหรือผู้จัดจำหน่าย ปริมาณอาหาร (ปริมาตรสุทธิ) ส่วนประกอบของอาหาร วันหมดอายุ	X	X	X	X	X	X
เนื้อหาในฉลากต้องไม่เป็นเท็จ ทำให้เข้าใจผิด หลอกลวง หรือก่อให้เกิดความผิดพลาดเกี่ยวกับคุณค่าและความปลอดภัย	X	X	X	X	X	X
ไม่มีการอ้างคุณประโยชน์ทางโภชนาการและสุขภาพ	X	X	X	X	X	X
แสดงข้อมูลสารอาหารที่อาจทำให้แพ้	X	-	-	X	-	-
การกล่าวอ้างทางสุขภาพต้องไม่ทำให้เข้าใจผิด	X	-	-	X	-	-
ห้ามใช้คำ เช่น สุขภาพดี มีประโยชน์ต่อสุขภาพ หรือมีคุณค่าทางโภชนาการ	X	-	-	X	-	-
การใช้คำ ภาพ เครื่องหมาย หรือการบรรยายต้องไม่ก่อให้เกิดความประทับใจว่า อาหารได้รับการสนับสนุน ถูกต้องตาม หรือ สอดคล้องกับคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคคลที่มีความเป็นมืออาชีพหรือองค์กร ให้คำแนะนำผู้บริโภค	-	-	-	-	X	-
ฉลากไม่สามารถใช้คำว่า “เบียร์” ได้	-	X	-	X	X	-
ต้องระบุในฉลากว่า เป็นเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ หรือปราศจากแอลกอฮอล์	-	X	-	-	X	-
ห้ามใช้ข้อความหรือคำที่แสดงความเข้มข้นของปริมาณแอลกอฮอล์ในฉลากด้วย เช่น เข้ม เข้มพิเศษ	-	X	-	-	-	-

X = มีกฎหมายควบคุม, - = ไม่มีกฎหมายควบคุม

แอลกอฮอล์ เช่น ไม่สามารถใช้คำว่า “เบียร์” ได้^(16-17,19) ประเทศสหรัฐอเมริกาและแอฟริกาใต้มีการกำหนดการบอกปริมาณแอลกอฮอล์ของเครื่องดื่มชนิดนี้ด้วย โดยต้องระบุในฉลากว่า เป็นเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์หรือปราศจากแอลกอฮอล์^(16,19) นอกจากนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกายังห้ามใช้ข้อความหรือคำที่แสดงความเข้มข้นของปริมาณแอลกอฮอล์ในฉลากด้วย เช่น เข้ม เข้มพิเศษ⁽¹⁹⁾

- ด้านรูปแบบ

ในประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับฉลากเครื่องดื่มมอลต์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดิกรีนั้น การใช้ชื่อยี่ห้อ (brand name) บนฉลาก จะต้องไม่นำเสนอให้เกิดความเข้าใจผิดหรือประทับใจอย่างผิดๆ เกี่ยวกับการระบุความเป็นตัวตนหรืออัตลักษณ์ของสินค้า⁽¹⁶⁾ ในขณะที่ยุโรป สิงคโปร์ ออสเตรเลีย และแอฟริกาใต้ไม่ได้มีข้อกำหนดรูปแบบการแสดงชื่อบนฉลากเครื่องดื่มประเภทนี้^(17,19,24,27-28)

3.1.2 การควบคุมการโฆษณา

กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดิกรี มีข้อกำหนดหลักเกณฑ์และการควบคุมการโฆษณา แบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่

- ด้านเนื้อหา

ข้อกำหนดในการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดิกรี ทั้ง 5 ประเทศ มีเกณฑ์กำหนดเนื้อหาโดยทั่วไปในการโฆษณาตรงกัน คือ การโฆษณาต้องไม่เป็นเท็จ เกินจริง หลอกลวง หรือทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิดเกี่ยวกับคุณค่าและความปลอดภัยของเครื่องดื่ม และต้องไม่มีการอ้างคุณประโยชน์ทางโภชนาการและสุขภาพ (nutrition and health claim)^(16,17,19,24,27) และออสเตรเลียยังกำหนดให้แสดงข้อความเตือนเกี่ยวกับสารอาหารสำหรับผู้แพ้อาหารด้วย⁽¹⁷⁾

ประเทศแอฟริกาใต้มีข้อกำหนดในการโฆษณาเพิ่มเติมต่างจาก 4 ประเทศ คือ การใช้คำ ภาพ เครื่องหมาย หรือการบรรยายต้องไม่ก่อให้เกิดความประทับใจว่า อาหาร

ได้รับการสนับสนุน ถูกต้องตาม หรือ สอดคล้องกับคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคคลที่มีความเป็นมืออาชีพหรือมีองค์ความรู้แนะนำให้บริโภค⁽¹⁹⁾ ในขณะที่ประเทศไทยกำหนดคำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา เช่น ดียอด วิเศษ ที่สุด หรือคำอื่นที่มีความหมายเทียบเท่าคำเหล่านี้⁽²⁴⁾

ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลียและแอฟริกาใต้ กำหนดว่า การโฆษณาเครื่องดื่มชนิดนี้ต้องไม่ทำให้เข้าใจว่าเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ไม่สามารถใช้คำว่า “เบียร์” ในการโฆษณาได้^(16-17,19) สหรัฐอเมริกาและแอฟริกาใต้มีการกำหนดการบอกปริมาณแอลกอฮอล์ของเครื่องดื่มชนิดนี้ด้วย โดยต้องระบุในโฆษณาว่า เป็นเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์หรือปราศจากแอลกอฮอล์^(16,19) นอกจากนี้ ในประเทศสหรัฐอเมริกายังห้ามใช้ข้อความหรือคำที่แสดงความเข้มข้นของปริมาณแอลกอฮอล์ในการโฆษณาด้วย เช่น เข้ม เข้มข้นมาก⁽¹⁶⁾

- ด้านรูปแบบ

ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการห้ามการโฆษณาตราสินค้า (แบรนด์) เครื่องดื่มมอลต์ที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกินกว่า 0.5 ดิกรี กล่าวคือ ห้ามทำให้สับสนในตราสินค้า การโฆษณาใน 1 โฆษณา ห้ามมีสองตราสินค้าหรือมากกว่าสองตราสินค้าที่แตกต่างกัน หรือการโฆษณาตราสินค้าหนึ่งซึ่งเป็นตัวแทนของอีกตราสินค้าหนึ่ง หรือการประยุกต์ไปใช้กับสินค้าอื่น รวมทั้งห้ามใช้เทคนิคการโฆษณาแฝงเพื่อจูงใจจิตใต้สำนึก⁽¹⁶⁾ ในขณะที่ยุโรป สิงคโปร์ ออสเตรเลีย และแอฟริกาใต้ไม่ได้มีข้อกำหนดรูปแบบการโฆษณาดังกล่าวในเครื่องดื่มชนิดนี้^(17,19,24,27-28)

สำหรับประเทศไทย มีการห้ามใช้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผู้แสดงแบบในโฆษณาตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่องหลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2551 อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522⁽²⁹⁾ ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ ออสเตรเลีย และแอฟริกาใต้ ไม่มีข้อกำหนดรูปแบบการโฆษณาดังกล่าว^(16-17,19,27)



ตารางที่ 4 กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี

การควบคุมการโฆษณา	ไทย	สหรัฐอเมริกา	สิงคโปร์	ออสเตรเลีย	แอฟริกาใต้
กฎหมาย					
1. เนื้อหาการโฆษณา					
การโฆษณาต้องไม่เป็นเท็จ เกินจริง หลอกลวง หรือทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิดเกี่ยวกับคุณค่าและความปลอดภัยของเครื่องดื่ม	X	X	X	X	X
การโฆษณาต้องไม่มีการอ้างคุณประโยชน์ทางโภชนาการและสุขภาพ	X	X	X	X	X
การโฆษณาแสดงข้อความเตือนเกี่ยวกับสารอาหารสำหรับผู้แพ้อาหาร	-	-	-	X	-
การใช้คำ ภาพ เครื่องหมาย หรือการบรรยายต้องไม่ก่อให้เกิดความประทับใจว่า อาหารได้รับการสนับสนุน ถูกต้องตาม หรือสอดคล้องกับคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคคลที่มีความเป็นมืออาชีพหรือองค์กรให้คำแนะนำผู้บริโภค	-	-	-	-	X
คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา เช่น ดี ยอด วิเศษณ์ ที่สุด หรือคำอื่นที่มีความหมายเทียบเท่าคำเหล่านี้	X	-	-	-	-
การโฆษณาเครื่องดื่มชนิดนี้ต้องไม่ทำให้เข้าใจว่าเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ไม่สามารถใช้คำว่า “เบียร์” ในการโฆษณาได้	-	X	-	X	X
ต้องระบุในโฆษณาว่า เป็นเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์หรือปราศจากแอลกอฮอล์	-	X	-	-	X
ห้ามใช้ข้อความหรือคำที่แสดงความเข้มข้นของปริมาณแอลกอฮอล์ในการโฆษณา เช่น เข้ม เข้มข้นมาก	-	X	-	-	-
ห้ามใช้บุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขผู้แสดงแบบโฆษณาเป็นผู้แสดง	X	-	-	-	-
ห้ามการใช้เทคนิคการโฆษณาแฝงเพื่อจูงใจจิตใจได้อันนี้	-	X	-	-	-
2. ช่องทางการสื่อสาร					
โทรทัศน์ วิทยุ ภาพยนตร์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อกลางแจ้ง หรือสื่ออื่นๆ ด้วยวิธีอื่นๆ เช่น อีเมล	X	X	X	-	X
มาตรการที่เกี่ยวข้อง					
1. เนื้อหาการโฆษณา					
ห้ามการโฆษณาเกี่ยวกับการส่งเสริมการบริโภค การกล่าวถึงส่วนผสมพรีเมียม การทำให้รู้สึกว่าเป็นที่เหนือกว่าหรือดีกว่าคนอื่น และการทำให้เร้าให้ผู้ปกครองซื้อ	-	-	-	X*	-
2. ช่องทางการสื่อสาร					
ภาพยนตร์ อินเทอร์เน็ต สื่อกลางแจ้ง สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ โทรคมนาคม หรือสื่ออื่นๆ ที่ส่งตรงไปยังผู้บริโภค รวมทั้งเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นใหม่ๆ	-	-	-	X*	-

X = มีกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องควบคุม, - = ไม่มีกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องควบคุม, * = แนวปฏิบัติของภาคเอกชน

- ด้านช่องทางการสื่อสาร

ประเทศไทยและสหรัฐอเมริกาควบคุมการโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ ภาพยนตร์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อกลางแจ้งหรือทางสื่ออื่นๆ เช่น ทางอินเทอร์เน็ต⁽¹⁶⁾ ส่วนสิงคโปร์และแอฟริกาใต้ไม่ได้ระบุช่องทางการสื่อสาร แต่เขียนไว้กว้างๆ ว่า การโฆษณาที่ผ่านทางแสง เสียง ซึ่งแสดงให้เห็นผ่านทางตาเป็นคำพูดหรือตัวอักษร เพื่อเผยแพร่ไปสู่สาธารณชน^(19,27) และออสเตรเลียควบคุมเฉพาะข้อความที่ใช้ในการโฆษณาโดยไม่ระบุการควบคุมช่องทางการสื่อสาร⁽¹⁷⁾

3.2 มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี

- ด้านเนื้อหา

ประเทศออสเตรเลียเป็นประเทศที่มีการควบคุมด้านเนื้อหาการโฆษณาที่ส่งเสริมการบริโภค เช่น ห้ามกล่าวถึงส่วนผสมที่มีแอลกอฮอล์ ห้ามข้อความที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่เหนือกว่าหรือด้อยกว่าคนอื่น และห้ามข้อความที่มีผลทำให้เด็กกรบร้า ผู้ปกครองให้ซื้อ⁽¹⁸⁾ ในขณะที่ประเทศไทย สหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ และแอฟริกาใต้ ไม่ได้มีการควบคุมเนื้อหาการโฆษณาดังกล่าว⁽¹⁸⁾

- ด้านรูปแบบ

ประเทศออสเตรเลียไม่ได้มีมาตรการห้ามการใช้ผู้แสดงแบบ การใช้ตราสินค้า (แบรนด์ หรือโลโก้) และการใช้เทคนิคการโฆษณาแฝงเพื่อจูงใจจิตสำนึกในการโฆษณาเครื่องดื่มชนิดนี้⁽¹⁸⁾

- ด้านช่องทางการสื่อสาร

ประเทศออสเตรเลียใช้มาตรการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีผ่านทางภาพยนตร์ อินเทอร์เน็ต สื่อกลางแจ้ง สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ โทรคมนาคม หรือสื่ออื่นๆ ที่ส่งตรงไปยังผู้บริโภค รวมทั้งเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นใหม่ๆ ด้วย⁽¹⁸⁾

วิจารณ์

1. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมฉลากเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี ของ

ประเทศไทยและต่างประเทศ

จากการศึกษาการควบคุมฉลากเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีของประเทศไทยจากประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง คำชี้แจงประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 367) พ.ศ. 2557 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุ กำหนดนิยามเครื่องดื่มในภาชนะที่บรรจุที่ปิดสนิท คือ เครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี⁽²⁴⁾ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 383 พ.ศ. 2560 เรื่องการแสดงผลฉลากของอาหารในบรรจุ ฉบับที่ 2⁽²⁵⁾ (ทั้งนี้ โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522) พบว่า มีแต่เพียงการกำหนดเกณฑ์โดยทั่วไปที่ต้องแสดงในฉลาก ยังไม่มีข้อกำหนดที่ชัดเจนในการแสดงฉลากเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี อีกทั้ง ยังมีช่องว่างในการควบคุมการแสดงผลฉลากเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี ซึ่งไม่ครอบคลุมทั้งเนื้อหาและรูปแบบ ได้แก่ การแสดงข้อความในการระบุว่า เครื่องดื่มดังกล่าวเป็น “เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์” การแสดงผลปริมาณแอลกอฮอล์ และการใช้ชื่อยี่ห้อ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาแล้ว พบว่า สำหรับเครื่องดื่มมอลต์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี และ 0.0 ดีกรีนั้น การกำหนดชื่อยี่ห้อบนฉลากจะต้องไม่นำเสนอให้เกิดความเข้าใจผิด หรือประทับใจอย่างผิดๆ เกี่ยวกับการระบุความเป็นตัวตนหรืออัตลักษณ์ของสินค้า และการแสดงผลปริมาณแอลกอฮอล์ต้องไม่ใช่ข้อความว่า เข้ม เข้มพิเศษ หรือข้อความที่คล้ายคลึงกับข้อความข้างต้น⁽¹⁶⁾

นอกจากนี้ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมฉลากของประเทศสหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ ออสเตรเลีย และแอฟริกาใต้ ยังกำหนดเกี่ยวกับการแสดงผลฉลาก โดยเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี จะต้องระบุว่าเครื่องดื่มดังกล่าวเป็น “เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์”^(17,20,27,30) และเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.05 ดีกรี และ 0.0 ดีกรี ต้องระบุว่า “เครื่องดื่มปราศจากแอลกอฮอล์”^(20,31)

ดังนั้น สรุปได้ว่า การที่ประเทศไทยกำหนดให้เครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีเป็นอาหารและอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมายว่าด้วยอาหาร เมื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายการควบคุมฉลากในต่างประเทศที่กล่าวมาแล้ว ประเทศไทยมีเพียงกฎหมายที่ควบคุมฉลากไว้อย่างกว้างๆ ไม่ได้มีการระบุในรายละเอียดเกี่ยวกับเนื้อหาและรูปแบบของฉลากดังเช่นในต่างประเทศ

2. กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีของประเทศไทยและต่างประเทศ

จากการศึกษาการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีของประเทศไทยจากพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 (มาตรา 40 และ 41)⁽²³⁾ พบว่า มีแต่เพียงการกำหนดเกณฑ์โดยทั่วไปในการโฆษณา คือ การโฆษณาต้องไม่เป็นเท็จ เกินจริง หลอกลวง หรือทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิดในสาระสำคัญของเครื่องดื่ม และกำหนดให้ต้องขออนุญาตก่อนกระทำการโฆษณาตามสื่อต่างๆ แม้แต่ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2551 อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ก็เป็นหลักเกณฑ์ทั่วไปในการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม⁽²⁹⁾ เท่านั้น ยังคงมีช่องว่างในการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี คือ ไม่ครอบคลุมทั้งเนื้อหาและรูปแบบในการโฆษณา ได้แก่ การแสดงข้อความโฆษณาที่ระบุว่า เครื่องดื่มดังกล่าวเป็น “เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์” การแสดงปริมาณแอลกอฮอล์ การใช้ชื่อยี่ห้อ และการใช้ตราสินค้า ซึ่งแตกต่างจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่กำหนดเกี่ยวกับเครื่องดื่มมอลต์ที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกินกว่า 0.5 ดีกรี และ 0.0 ดีกรีว่า การโฆษณาตราสินค้า ต้องไม่ทำให้สับสน การโฆษณาใน 1 โฆษณา ห้ามมีสองตราสินค้าหรือมากกว่าสองตราสินค้าที่แตกต่างกัน ห้ามโฆษณาตราสินค้าหนึ่งเป็นตัวแทนของอีกตราสินค้าหนึ่ง การโฆษณาเพื่อบอกปริมาณแอลกอฮอล์ต้องไม่ใช่ข้อความว่า เข้ม เข้มพิเศษหรือข้อความที่คล้ายคลึงกับข้อความข้าง

ต้นและห้ามการใช้เทคนิคการโฆษณาแฝงเพื่อจูงใจจิตใต้สำนึก⁽¹⁶⁾

กฎหมายที่เกี่ยวข้องของประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลียและแอฟริกาใต้ ยังกำหนดหลักเกณฑ์ในการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี 0.05 ดีกรี และ 0.0 ดีกรี ให้เหมือนการแสดงฉลากฯ ได้แก่ การโฆษณาต้องระบุว่าเป็นเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์^(16,32) และปราศจากแอลกอฮอล์^(16,20,33) และห้ามแสดงให้เข้าใจว่าเป็นเครื่องดื่มประเภทอื่น⁽¹⁷⁾

นอกจากนี้ ออสเตรเลียยังมีมาตรการซึ่งเป็นแนวปฏิบัติของภาคเอกชนในการควบคุมการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์น้อยกว่า 0.5 ดีกรี โดยการโฆษณานั้นจะต้องไม่ทำให้เข้าใจผิดหรือไม่หลอกลวงในทางที่ส่งเสริมให้เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปี บริโภคอาหารหรือเครื่องดื่มดังกล่าวในปริมาณเกินความจำเป็นของร่างกาย และไม่ส่งเสริมให้เด็กรู้สึกเหนือกว่าคนอื่น ฉลาดกว่าคนอื่น รู้สึกมั่นใจมากกว่า เป็นที่รักมากกว่า และประสบความสำเร็จ เมื่อได้ซื้อหรือบริโภคเครื่องดื่มดังกล่าว⁽¹⁸⁾ ในขณะที่ประเทศไทยไม่มีข้อกำหนดในลักษณะเช่นเดียวกับออสเตรเลีย

ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายหรือมาตรการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีในต่างประเทศแล้ว ประเทศไทยมีเพียงกฎหมายที่ควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี ที่เป็นหลักเกณฑ์ทั่วไปซึ่งกำหนดไว้อย่างกว้างๆ ไม่ได้ระบุการแสดงผลเนื้อหาและรูปแบบโฆษณาดังเช่นในต่างประเทศ

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรีของประเทศนอร์เวย์นั้น ส่วนใหญ่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ อย่างไรก็ตาม นอร์เวย์เป็นสมาชิก European Economic Area (EEA) คณะผู้วิจัยจึงใช้หลักการกลางของอียู (ซึ่งเป็นภาษาอังกฤษ) เป็นหลักในการพิจารณา

ชื่อยุติ

ประเทศไทย สหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ แอฟริกาใต้และนอร์เวย์มีกฎหมายควบคุมการแสดงผลฉลากเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี ทั้ง 6 ประเทศมีเกณฑ์กำหนดการแสดงผลฉลากโดยทั่วไปตรงกัน คือ ชื่ออาหาร เครื่องหมายทางการค้า ชื่อสถานที่และที่ตั้งของผู้ผลิต หรือผู้นำเข้าหรือผู้จัดจำหน่าย ปริมาณอาหาร (ปริมาตรสุทธิ) ส่วนประกอบของอาหารและวันหมดอายุ สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ ออสเตรเลียและแอฟริกาใต้ การแสดงผลฉลากเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี จะต้องระบุว่าเครื่องดื่มดังกล่าวเป็น “เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์” และการแสดงผลฉลากเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.05 ดีกรี และ 0.0 ดีกรี จะต้องระบุว่า เป็น “เครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์” นอกจากนี้ ทั้ง 5 ประเทศยกเว้นนอร์เวย์มีกฎหมายควบคุมการโฆษณา และเฉพาะประเทศออสเตรเลียประเทศเดียวที่มีแนวทางปฏิบัติที่กำหนดให้ธุรกิจเอกชนปฏิบัติตามด้วย โดยทุกประเทศใน 5 ประเทศนี้มีเกณฑ์กำหนดเนื้อหาโดยทั่วไปในการโฆษณาตรงกัน คือ การโฆษณาต้องไม่เป็นเท็จ เกินจริง หลอกลวง หรือทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิดเกี่ยวกับคุณค่าและความปลอดภัย ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลียและแอฟริกาใต้ ยังมีข้อกำหนดถึงเนื้อหาของโฆษณาเครื่องดื่มชนิดนี้ว่า ต้องไม่ทำให้เข้าใจว่าเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ข้อความโฆษณาเพื่อแสดงปริมาณและความเข้มข้นของปริมาณแอลกอฮอล์ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดในการแสดงผลฉลาก สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกาประเทศเดียว ยังห้ามใช้เทคนิคการโฆษณาแฝงเพื่อจูงใจจิตใต้สำนึกและควบคุมการตั้งชื่อยี่ห้อและการใช้ตราสินค้าในการโฆษณาเครื่องดื่มชนิดนี้อย่างเข้มงวดอีกด้วย

ดังนั้น ภาครัฐ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของประเทศไทยควรนำข้อมูลของการศึกษานี้ไปใช้ในการพัฒนากฎหมายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องในการควบคุมเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี เพื่อปิดช่องว่างของพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560

พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยเฉพาะประเด็นพึงระวังด้านการโฆษณา การแสดงตราสินค้าและการโฆษณาที่ไม่ทำให้เข้าใจผิด หรือส่งเสริมให้เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปี บริโภค”

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษา การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “การทบทวนมาตรการและแนวทางการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการออกอนุบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560: กรณีเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี” ข้อตกลงเลขที่ 60-A1-0017

References

1. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. Collin J, Casswell S. Alcohol and the sustainable development goals. *The Lancet* 2016;387:2582-3.
4. Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, Gureje O, Mäkelä K, Marshall M, et al. Alcohol in developing societies: a public health approach. Helsinki: Finish Foundation for Alcohol Studies; 2002.
5. Burden of Diseases (BOD). Disability adjusted life years: DALYs report 2006. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2009. (in Thai)
6. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Chaikledkaew U, Lertpitakpong C, Yothasamut J, Thitiboonsuwan K, et al. A study on costs of social, health and economic consequences of alcohol consumption in Thailand. Bangkok: Pimdeekarnpim; 2008. 168 p. (in Thai)
7. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht G, Graham K, et al. Alcohol no ordinary commodity: research and public policy. 2nd ed. London: Oxford University Press; 2010.



8. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010.
9. Alcoholic Beverage Control Act B.E. 2551 (2008). (in Thai)
10. Notification of the Alcohol Beverage Control Committee. Re: Rules, Procedures and Conditions Regarding Labels of Alcohol, B.E. 2558 (2015). (in Thai)
11. Excise Act B.E. 2560 (2017). (in Thai)
12. World Health Organization. Global status report on alcohol and health – 2014 ed. Geneva: World Health Organization; 2014.
13. McColl R. W., ed. Encyclopedia of world geography, volume 1. New York: Golson Books; 2005. p.215.
14. Mandatory Requirements under MOPH Notification (No. 356) B.E. 2556 (2013) Re: Beverages in Sealed Container.
15. Internal Wisconsin Statutes Chapter 77 (Taxation of Local Food and Beverage Tax), the United States of America.
16. 27 Code of Federal Regulations (CFR), the United States of America.
17. Australia Food Standard 2015 under the Section 92 and 93 of the Food Standards Australia and New Zealand Act 1991.
18. Australian Association of National Advertisers [AANA]: Food & Beverages Advertising & Marketing Communications Code, Australia.
19. Foodstuffs, Cosmetics and Disinfectants Act, 1972 (ACT 54 of 1972), South Africa.
20. Regulations-GNR.1769 of 9 August 1985: Soft drinks under section 15 (1) Foodstuffs, Cosmetics and Disinfectants Act, 1972 (ACT 54 of 1972), South Africa.
21. Regulations on the Sale of Alcoholic Beverages (Alcohol Regulations) 2005, Norway.
22. Duty on Alcohol 2017, Norway.
23. Food Act B.E. 2522 (1979) (in Thai)
24. The Food and Drug Administration Notification on Mandatory Requirements under MOPH Notification No. 367 B.E. 2557 (2014) Re: Labelling of pre-packaged food. (in Thai)
25. Mandatory Requirements under MOPH Notification No. 383 B.E. 2560 (2017) Re: Labelling of prepackaged food No.2. (in Thai)
26. Code of Federal Regulations (CFR), the United States of America.
27. The Statutes of the Republic of Singapore, Chapter 283 Sale of Food Act (Original Enactment: Act 12 of 1973) Revised Edition 2002, Food Regulations of 2005, article 184.
28. Regulation (EU) No 1169/2011 of the European Parliament and of the Council of 25 October 2011.
29. The Food and Drug Administration Notification on Criteria for Food Advertisement, B.E. 2551 (2008). (in Thai)
30. Expert of Office of the Consumer Protection Board Office of the Consumer, 11 October 2017. Telephone interview.
31. Expert of Consumer Protection Division Labelling, Office of the Consumer, 11 October 2017. Telephone interview.
32. Regulations relating to the labelling and advertising of foodstuffs No.R.146, South Africa.
33. Federal Food, Drug, and Cosmetic Food Act. Enacted August 18, 2017.

ภาคผนวก

ตารางแสดงเนื้อหากฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมฉลากและการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี

ประเทศ	ลำดับ	ประเภทกฎหมาย	ชื่อกฎหมาย	เนื้อหาการควบคุมฉลาก	เนื้อหาการควบคุมการโฆษณา
ไทย	1	กฎหมาย ภาครัฐ	พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522	กำหนดประเภทและชนิดอาหารที่ผลิตเพื่อจำหน่าย นำเข้าเพื่อจำหน่าย หรือที่จำหน่าย ซึ่งจะต้องมีฉลาก ข้อความในฉลาก เงื่อนไข และวิธีการแสดงฉลาก	
	2	กฎหมาย ภาครัฐ	ประกาศสำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา เรื่อง คำชี้แจงประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 367) พ.ศ. 2557 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหาร ในขณะบรรจุ	ฉลากต้องกำหนดรายละเอียดที่ต้องแสดงบนฉลากของอาหารในขณะบรรจุไว้ ดังนี้ (1) ชื่ออาหาร (2) เลขสารบบอาหาร (3) ชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิตหรือผู้แบ่งบรรจุหรือผู้นำเข้า หรือสำนักงานใหญ่ (4) ปริมาณของอาหารเป็นระบบเมตริก ในส่วนอาหารที่มีลักษณะเป็นของเหลว ให้แสดงปริมาตรสุทธิ (5) ส่วนประกอบที่สำคัญเป็นร้อยละของน้ำหนักโดยประมาณเรียงตามลำดับปริมาณจากมากไปน้อย (6) แสดงข้อมูลสำหรับผู้แพ้อาหารกรณีมีการใช้หรืออาจปนเปื้อนในกระบวนการผลิตของส่วนประกอบ	–
	3	กฎหมาย ภาครัฐ	ประกาศสาธารณสุข ฉบับที่ 383 พ.ศ. 2560 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารในบรรจุ ฉบับที่ 2	1. ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่าย ต้องไม่จำหน่ายอาหารที่พ้นกำหนดวันหมดอายุหรือควรบริโภคก่อนตามที่แสดงไว้ในฉลาก 2. การแสดงข้อความกล่าวอ้างบนฉลากเกี่ยวกับสารหรือส่วนประกอบอื่นใดในอาหาร ต้องไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในผลิตภัณฑ์ 3. ข้อความว่า “แต่งกลิ่นธรรมชาติ” “แต่งกลิ่นเลียนธรรมชาติ” “แต่งกลิ่นสังเคราะห์” “แต่งรสธรรมชาติ” หรือ “แต่งรสเลียนธรรมชาติ” ถ้ามีการใช้	



ประเทศ	ลำดับ	ประเภทกฎหมาย	ชื่อกฎหมาย	เนื้อหาการควบคุมฉลาก	เนื้อหาการควบคุมการโฆษณา
				แล้วแต่กรณี 4. แสดง วัน เดือนและปี สำหรับอาหารที่มีอายุการเก็บไม่เกิน 90 วัน หรือ แสดงวันเดือนและปี หรือเดือนและปี สำหรับอาหารที่มีอายุการเก็บเกิน 90 วัน โดยมีข้อความว่า “ควรบริโภคก่อน” หรือ “หมดอายุ” กำกับไว้ด้วย	-
	4	กฎหมาย ภาครัฐ	ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2551	-	1. ข้อความในการโฆษณาภาพในสื่อโฆษณา การแสดงภาพประกอบข้อความโฆษณา ชื่ออาหาร คุณประโยชน์ คุณภาพหรือสรรพคุณของอาหารต้องไม่เป็นเท็จหรือเกินความจริง ไม่ทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิดในสาระสำคัญของอาหาร และไม่ทำให้เกิดความหลงเชื่อโดยไม่สมควร คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา เช่น ยอด วิเศษณ์ ดีเลิศ เด็ดขาด มหัศจรรย์ ที่สุด หรือ คำอื่นที่มีความหมายเทียบเท่าคำเหล่านี้ 2. ผู้แสดงแบบโฆษณา ห้ามนำบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ ทำให้เข้าใจว่าเป็นบุคลากรดังกล่าวมานำ รับรอง หรือเป็นผู้แสดงแบบ
สหรัฐอเมริกา	1	กฎหมาย ภาครัฐ	27 Code of Federal Regulations (CFR)	1. การบอกประเภทหรือชนิด เครื่องดื่มมอลต์ที่มีแอลกอฮอล์น้อยกว่า 0.5 ดีกรี บนฉลากต้องระบุว่า เครื่องดื่มมอลต์ (malt beverage) หรือ เครื่องดื่มธัญพืช (cereal beverage) หรือ near beer เครื่องดื่มดังกล่าวไม่สามารถใช้คำว่า “เบียร์” “lager beer” “lager” “ale” “porter” หรือ “เบียร์ดำชนิดแรง (stout)” 2. การบอกปริมาณแอลกอฮอล์เครื่องดื่มมอลต์ที่มีแอลกอฮอล์น้อยกว่า 0.5 ดีกรี บนฉลากต้องระบุว่า “เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์” (non-alcoholic) 3. การบอกปริมาณแอลกอฮอล์เครื่องดื่ม	1. เครื่องดื่มมอลต์ที่มีแอลกอฮอล์น้อยกว่า 0.5 ดีกรี และ 0.0 ดีกรี ในการโฆษณาต้องระบุว่า เครื่องดื่มมอลต์ (malt beverage) หรือ เครื่องดื่มธัญพืช (cereal beverage) หรือ near beer เครื่องดื่มดังกล่าวไม่สามารถใช้คำว่า “เบียร์” “เบียร์สีเหลืองอ่อน (lager beer, lager)” “เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำจากข้าวมอลต์ (ale)” “porter (เบียร์ที่มีรสผาด)” หรือ “เบียร์ดำชนิดแรง (stout)” 2. การบอกปริมาณแอลกอฮอล์เครื่องดื่มมอลต์ที่มีแอลกอฮอล์น้อยกว่า 0.5 ดีกรี ในการโฆษณาต้องระบุว่า “เครื่องดื่ม

ประเทศ	ลำดับ	ประเภทกฎหมาย	ชื่อกฎหมาย	เนื้อหาการควบคุมฉลาก	เนื้อหาการควบคุมการโฆษณา
				<p>ดื่มมอลต์ที่ไม่มีแอลกอฮอล์เลย</p> <p>บนฉลากต้องระบุว่า “เครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์” (alcohol-free)</p>	<p>ดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์” (non-alcoholic) และเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์เลย หรือ 0.0 ดีกรี ในการโฆษณาต้องระบุว่า “เครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์” (alcohol-free)</p> <p>3. ห้ามใช้ข้อความว่า “เข้ม (strong)” “full strength” “extra strength” “high test” “high proof” “full alcohol strength” หรือข้อความที่คล้ายคลึงกับข้อความข้างต้นข้อความในการโฆษณา</p> <p>4. ผู้โฆษณาต้องแสดงชื่อและที่อยู่ ที่ได้รับการอนุญาตโฆษณาลงในสื่อโฆษณา (ทั้งข้อความ การออกแบบ หรืออุปกรณ์)</p> <p>5. ห้ามมิให้โฆษณา ได้แก่ ห้ามทำให้เข้าใจผิดหรือหลอกลวง (เช่น การอ้างความเป็นวิทยาศาสตร์ การรับประกัน) เป็นเท็จ ลามก หยาดคายและไม่เหมาะสม และคุณภาพว่า ทำให้มันเมา</p> <p>6. ไม่มีข้อความที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการอ้างทางสุขภาพ (health claim) เช่น เพื่อการรักษา มีประโยชน์ต่อสุขภาพ</p> <p>7. การโฆษณาตราสินค้า (แบรนด์) ต้องไม่ทำให้สับสน การโฆษณาใน 1 โฆษณา ห้ามมีสองตราสินค้าหรือมากกว่าสองตราสินค้าที่แตกต่างกัน หรือการโฆษณาตราสินค้าหนึ่งซึ่งเป็นตัวแทนของอีกตราสินค้า (แบรนด์) หนึ่ง หรือการประยุกต์ไปใช้กับสินค้าอื่น</p> <p>8. ห้ามใช้เทคนิคการโฆษณาแฝงเพื่อจูงใจใจได้สำนึก</p>
สิงคโปร์	1	กฎหมายภาครัฐ	The Statutes of the Republic of Singapore,	1. เกณฑ์กำหนดโดยทั่วไปที่ต้องแสดงในฉลาก ได้แก่ ชื่ออาหาร	ห้ามผู้ใดโฆษณาสินค้าในลักษณะที่เป็นเท็จ ทำให้เข้าใจผิดหรือหลอกลวง หรือ

ประเทศ	ลำดับ	ประเภทกฎหมาย	ชื่อกฎหมาย	เนื้อหาการควบคุมฉลาก	เนื้อหาการควบคุมการโฆษณา
			Chapter 283 Sale of Food Act (Original Enactment: Act 12 of 1973) Revised Edition 2002	<p>เครื่องหมายทางการค้า ชื่อ ที่อยู่และที่ตั้งของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าหรือผู้จัดจำหน่าย ปริมาณอาหาร (ปริมาตรสุทธิ) ส่วนประกอบของอาหาร วันหมดอายุ และเนื้อหาในฉลากต้องไม่เป็นเท็จ ทำให้เข้าใจผิด หลอกลวง หรือก่อให้เกิดความผิดพลาดเกี่ยวกับคุณค่าและความปลอดภัย</p> <p>2. การแสดงฉลากของเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี หรือเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ ให้ระบุว่าเป็น “เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์”</p>	อาจก่อให้เกิดความผิดพลาดเกี่ยวกับคุณค่าหรือความปลอดภัย
ออสเตรเลีย	1	กฎหมายภาคีรัฐ	Australia Food Standard 2015 under the Section 92 and 93 of the Food Standards Australia and New Zealand Act 1991	<p>1. การแสดงฉลากโดยทั่วไป จะต้องบอกชื่ออาหาร ระบุรุ่นสินค้า แสดงชื่อและที่อยู่ของผู้ผลิต มีข้อความเตือนถึงสารอาหารสำหรับผู้แพ้สารอาหาร ต้องระบุว่าควรบริโภคก่อนเมื่อใด และต้องไม่มีการอ้างคุณสมบัติทางสุขภาพ (health claim) ในเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ คาวา</p> <p>2. การแสดงฉลากเครื่องดื่ม brewed soft drink (เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกินกว่า 1.15 ดีกรี) อาหารที่จำหน่ายในฐานะที่เป็น brewed soft drink ก็ต้องเป็น brewed soft drink จะแสดงให้เข้าใจว่าเป็นอาหารอื่นไม่ได้ นอกจากนี้ เครื่องดื่ม brewed soft drink และเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ (เช่น น้ำดื่ม) การแสดงฉลากต้องไม่นำเสนอทางตรงและทางอ้อมว่าเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</p>	<p>1. อาหารที่จำหน่ายในฐานะที่เป็น brewed soft drink ก็ต้องเป็น brewed soft drink จะแสดงให้เข้าใจว่าเป็นอาหารอื่นไม่ได้</p> <p>2. เครื่องดื่ม brewed soft drink และเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ (เช่น น้ำดื่ม) การโฆษณาต้องไม่นำเสนอทั้งทางตรงและทางอ้อมว่าเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>3. โฆษณาต้องบอกชื่ออาหารและข้อความเตือนถึงสารอาหารสำหรับผู้แพ้สารอาหาร</p> <p>4. โฆษณาต้องไม่มีการอ้างคุณสมบัติทางสุขภาพ (health claim) ในเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์</p>
	2	แนวปฏิบัติของเอกชน	Food & Beverages Advertising & Marketing Communications	-	1. การโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ไม่ทำให้เข้าใจผิดหรือหลอกลวง

ประเทศ	ลำดับ	ประเภทกฎหมาย	ชื่อกฎหมาย	เนื้อหาการควบคุมฉลาก	เนื้อหาการควบคุมการโฆษณา
					<p>2. ไม่ส่งเสริมให้เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปี บริโภคอาหารหรือเครื่องดื่มดังกล่าว ซึ่งมีปริมาณเกินความจำเป็นที่ร่างกายต้องการได้รับ</p> <p>3. ทำให้เด็ก/ผู้ปกครองรู้สึกเหนือกว่าคนอื่น ฉลาดกว่าคนอื่น รู้สึกมั่นใจมากกว่า เป็นที่รักมากกว่า ประสบความสำเร็จ เมื่อได้ซื้อ/ใช้สินค้าหรือบริการนั้นๆ และทำให้เด็ก/ผู้ปกครองรู้สึกผิดหวังหรือด้อยกว่าคนอื่น เมื่อไม่ได้ซื้อ/ใช้สินค้าหรือบริการนั้นๆ</p> <p>4. ไม่ทำให้เด็กกรบเร็ว/ร้องขอ/ตื้อให้ผู้ปกครองซื้อสินค้า</p> <p>5. ไม่บ่อนทำลายบทบาทของผู้ปกครองในการแนะนำการเลือกอาหารและการเลือกใช้ชีวิตของการใช้ชีวิต</p> <p>6. ไม่มีการกล่าวถึงส่วนผสมพิเศษหรือของพรีเมียม</p>
แอฟริกาใต้	1	กฎหมายภาครัฐ	The Foodstuffs, Cosmetics and Disinfectants Act, 1972 (Act No. 54 of 1972)	<p>1. การแสดงฉลากโดยทั่วไป การใช้ภาษาอังกฤษและอย่างน้อย ต้องใช้ภาษาราชการของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้อย่างน้อย 1 ภาษา ฉลากต้องเห็นได้ชัดเจน แสดงชื่อของอาหาร ประเทศของต้นกำเนิด (สินค้าของ...ชื่อประเทศ...) หมายเลขอ้างอิงอาหาร (batch identification number) ควรบริโภคก่อน และต้องไม่แสดง คำ ภาพ เครื่องหมาย โลโก้ หรือการบรรยายที่ก่อให้เกิดความประทับใจในอาหารนั้นว่าเป็นการสนับสนุน ถูกต้องตาม หรือการผลิตที่สอดคล้องกับคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคคลที่มีความเป็นมืออาชีพ หรือองค์กรให้คำแนะนำผู้บริโภค ไม่แสดงการรับรองด้วยภาพข้อความ หรือข้อความที่เป็นคำพูดใน</p>	<p>การโฆษณาอาหารต้องไม่ทำให้เข้าใจผิดหรือหลอกลวงหรือทำให้เข้าใจผิดเกี่ยวกับแหล่งกำเนิด ธรรมชาติของสารองค์ประกอบ คุณภาพ ความเข้มข้น คุณค่าทางโภชนาการ หรือคุณสมบัติอื่นๆ หรือเวลา รูปแบบ หรือสถานที่ผลิตและภาษาที่ใช้ในการโฆษณาต้องเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาราชการของสาธารณรัฐแอฟริกาใต้อย่างน้อย 1 ภาษา</p>



ประเทศ	ลำดับ	ประเภทกฎหมาย	ชื่อกฎหมาย	เนื้อหาการควบคุมฉลาก	เนื้อหาการควบคุมการโฆษณา
				<p>การอ้างสารอาหาร ห้ามใช้คำว่า “สุขภาพ” “ดีต่อสุขภาพ” “มีประโยชน์ต่อสุขภาพ” “มีคุณค่าทางโภชนาการ” หรือคำที่มีความหมายคล้ายคลึงในชื่ออาหารและชื่อทางการค้า ห้ามอ้างว่า “อาหารให้คุณค่าทางโภชนาการอย่างสมบูรณ์หรือสมดุล”</p> <p>2. การแสดงฉลากแบบพิเศษการนำเสนอภาพในฉลากหรือการโฆษณาของอาหารอาจไม่นำเสนอภาพอันเป็นเท็จหรือหลอกลวงหรือสร้างความประทับใจ ความเข้าใจผิด ในเนื้อหาของบรรจุภัณฑ์ หรือ ลักษณะของอาหาร ต้นกำเนิด ส่วนประกอบ คุณภาพ คุณค่าทางโภชนาการ หรือคุณสมบัติในแง่อื่นใด</p> <p>3. การแสดงข้อมูลสารอาหารเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น 1 กรัมของแอลกอฮอล์ (เอทานอล) จะถือว่าให้พลังงาน 29 กิโลจูล</p>	
	2	กฎหมายภาครัฐ	Regulations relating to the labelling and advertising of foodstuffs No.R.146	<p>1. การอ้างปริมาณสารอาหารเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี อ้างปริมาณสารอาหารว่า “เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ (Non-alcohol)” และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.05 ดีกรี อ้างปริมาณสารอาหารว่า “เครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์ (Virtually free or free)”</p> <p>2. ต้องไม่แสดง คำ ภาพ เครื่องหมาย โลโก้ หรือการบรรยายที่ก่อให้เกิดความประทับใจในอาหารนั้นว่าเป็นการสนับสนุน ถูกต้องตาม หรือการผลิตที่สอดคล้องกับคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคคลที่มีความเป็น</p>	<p>1. การอ้างปริมาณสารอาหารเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี อ้างปริมาณสารอาหารว่า “เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ (Non-alcohol)” และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.05 ดีกรี อ้างปริมาณสารอาหารว่า “เครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์ (Virtually free or free)”</p> <p>2. ต้องไม่แสดง คำ ภาพ เครื่องหมาย โลโก้ หรือการบรรยายที่ก่อให้เกิดความประทับใจในอาหารนั้นว่าเป็นการสนับสนุน ถูกต้องตาม หรือการผลิตที่สอดคล้องกับคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคคลที่มีความเป็นมืออาชีพ หรือองค์กรให้คำแนะนำ</p>

ประเทศ	ลำดับ	ประเภทกฎหมาย	ชื่อกฎหมาย	เนื้อหาการควบคุมฉลาก	เนื้อหาการควบคุมการโฆษณา
				<p>มีอาชีพ หรือองค์กรให้คำแนะนำผู้บริโภค</p> <p>3. ไม่แสดงการรับรองด้วยภาพข้อความ หรือข้อความที่เป็นคำพูดในการอ้างสารอาหาร ห้ามใช้คำว่า “สุขภาพ” “ดีต่อสุขภาพ” “มีประโยชน์ต่อสุขภาพ” “มีคุณค่าทางโภชนาการ” หรือคำที่มีความหมายคล้ายคลึงในชื่ออาหารและชื่อทางการค้า</p> <p>4. ห้ามอ้างว่า “อาหารให้คุณค่าทางโภชนาการอย่างสมบูรณ์หรือสมดุล”</p>	<p>ผู้บริโภค</p> <p>3. ไม่แสดงการรับรองด้วยภาพข้อความ หรือข้อความที่เป็นคำพูดในการอ้างสารอาหาร ห้ามใช้คำว่า “สุขภาพ” “ดีต่อสุขภาพ” “มีประโยชน์ต่อสุขภาพ” “มีคุณค่าทางโภชนาการ” หรือคำที่มีความหมายคล้ายคลึงในชื่ออาหารและชื่อทางการค้า</p> <p>4. ห้ามอ้างว่า “อาหารให้คุณค่าทางโภชนาการอย่างสมบูรณ์หรือสมดุล”</p>
	3	กฎหมายภาครัฐ	Regulations-GNR.1769 of 9 August 1985: Soft drinks	<p>ฉลากแข็งหรือของเหลวที่ผลิตมาจากธัญพืชและมีแอลกอฮอล์ไม่เกินกว่า 0.5 ดีกรี เรียกว่า เครื่องดื่มไม่โซ่เหล้า (soft drink) ไม่สามารถแสดงข้อความในฉลากว่า ปราศจากแอลกอฮอล์ได้ นอกจากจะมีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.05 ดีกรี</p>	<p>การโฆษณาแข็งหรือของเหลวที่ผลิตมาจากธัญพืชและมีแอลกอฮอล์ไม่เกินกว่า 0.5 ดีกรี เรียกว่า เครื่องดื่มไม่โซ่เหล้า (soft drink) ไม่สามารถแสดงข้อความในการโฆษณาว่า ปราศจากแอลกอฮอล์ได้ นอกจากจะมีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.05 ดีกรี</p>
นอร์เวย์	1	กฎหมายภาครัฐ	Regulation (EU) No 1169/2011 of the European Parliament and of the Council of 25 October 2011	<p>ฉลากที่ไม่ใช่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การแสดงฉลากมีข้อมูลอาหาร ได้แก่</p> <p>(1) ชื่อในการขายอาหาร</p> <p>(2) ส่วนผสมต่างๆ ปริมาณส่วนผสม จำนวนปริมาณ</p> <p>(3) ระยะเวลาในการบริโภค เงื่อนไขที่เฉพาะเจาะจง</p> <p>(4) ชื่อที่อยู่บริษัท</p> <p>(5) แหล่งที่มา</p> <p>(6) วิธีการใช้/กิน</p>	-

ทางเลือกการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบของประเทศไทย

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์^{*†}

กนิษฐา มากมูล^{*}

ผู้รับผิดชอบบทความ: ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาเปรียบเทียบแนวคิด สถานการณ์และวิธีการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐในประเทศต่าง ๆ ในการควบคุมยาสูบ การปกครองและข้อตกลงทางการค้าของประเทศต่างๆ (2) วิเคราะห์ฉันทมติของบริบทด้านการปกครอง ข้อตกลงทางการค้าและการเคลื่อนไหวทางสังคมอื่นๆ ในการนำเสนอทางเลือกการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบสำหรับประเทศไทย (3) ประเมินระดับการยอมรับแนวทางการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบของไทย โดยใช้ระเบียบวิธีศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เอกสารทั้งที่ได้จากภายในประเทศและต่างประเทศ ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกจากนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญจากภาคประชาสังคมด้านการควบคุมยาสูบของไทย ผลการศึกษาพบว่า (1) ข้อตกลงหรือกฎหมายทางการค้าระหว่างประเทศเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ขัดขวางนโยบายการควบคุมยาสูบของรัฐ จึงทำให้อัตราการบริโภคยาสูบของประเทศต่างๆ ทั่วโลกลดลงช้ากว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ (2) แนวทางการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐโดยทั่วไปสามารถจำแนกได้ 4 แนวทาง คือ 1. การเปิดเสรีการผลิตยาสูบ 2. การร่วมทุนการค้า 3. การแปรรูปรัฐวิสาหกิจ 4. การปฏิรูปโครงสร้างภายใต้การบริหารงานแบบรัฐวิสาหกิจ (3) นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญและนักเคลื่อนไหวภาคประชาสังคมด้านการควบคุมยาสูบของไทยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า แนวทางที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการบริหารจัดการรัฐวิสาหกิจยาสูบของไทย คือ การบริหารงานในลักษณะของรัฐวิสาหกิจที่ยังอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาล โดยแยกบทบาทอำนาจหน้าที่ขององค์กรผู้กำหนดนโยบาย องค์กรผู้กำกับดูแล และองค์กรผู้เป็นเจ้าของออกจากกันให้ชัดเจน

คำสำคัญ: การควบคุมยาสูบ, โรงงานยาสูบไทย, การปฏิรูป, รัฐวิสาหกิจ, อุตสาหกรรมยาสูบ

Options for the Reform of Thailand Tobacco Monopoly

Siriwan Pitayarangsarit^{*†}, Kanidta Makmool^{*}

^{*} Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, [†] International Health Policy Program (IHPP)

Corresponding author: Siriwan Pitayarangsarit, pitayarangsarit@gmail.com

Abstract

This research aim was threefold. (1) To compare the concepts, situation, and reform patterns of the state tobacco industry in other countries in relation to tobacco control, governance, and trade agreements. (2) To analyse alternative reforms for Thailand in different scenerios of the government administration, trade agreement, and other social movements. (3) To assess the Thai tobacco control civil society's acceptance of reform patterns of the tobacco industry. This study used qualitative research methodology through document research from domestic and foreign documents, and in-depth interviews with academic and experts from civil society on tobacco control in Thailand. The study indicated that (1) The

^{*} ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

[†] สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

international trade agreements were used as a tool to obstruct tobacco control policies in many countries. As a result, tobacco consumption worldwide dropped slower than the target. (2) The option for reform of the state-owned tobacco industry can be classified into 4 ways: 1. foreign direct investment, 2. joint venture, 3. privatization of state enterprises, 4. structural reform under state enterprise management. (3) Most of key informants expressed their opinions that the best approach is to manage the state-owned enterprises under the government's control by separating roles and responsibilities between the policy makers, regulatory organization and owners.

Keywords: tobacco control, Thailand tobacco monopoly, reform, state-owned enterprise, tobacco industry

ภูมิหลังและเหตุผล

ในปัจจุบันนี้ ประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้ตระหนักกันดีแล้วว่า “ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิด” เป็นสิ่งเสพติดที่ก่อผลเสียต่อสุขภาพอย่างรุนแรง ทั้งต่อผู้สูบโดยตรงและผู้ที่ได้รับควันมือสองจากสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งปอด และการสูญเสียชีวิตของประชากรโลก และส่งผลกระทบต่อวงกว้างต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2493 เป็นต้นมา ก็ได้มีงานวิจัยมากกว่า 70,000 ชิ้น ที่พิสูจน์แล้วว่า การบริโภคยาสูบทำให้เกิดโรค ความพิการ และความตาย ที่ทำลายชีวิตประชากรโลกไปแล้วมากกว่าปีละ 5.4 ล้านคน และประชากรไทยกว่าปีละ 50,000 คน เพราะในควันบุหรี่ยังมีสารพิษมากกว่า 4,000 ชนิด ที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ (non-communicable diseases: NCDs) ที่มีการพิสูจน์แล้วว่าอย่างน้อย 25 โรค ในจำนวนนี้มีมะเร็งตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย 10 ชนิด รวมถึงโรคร้ายแรงอื่นๆ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽¹⁾

มาตรการในการลดการระบาดของการบริโภคยาสูบตามคำแนะนำของธนาคารโลกและองค์การอนามัยโลก มี 2 มาตรการ คือ ลดความต้องการบริโภคยาสูบ (demand) และลดปริมาณการผลิตยาสูบ (supply)⁽²⁾

แม้จะมีการรณรงค์ให้ลดการบริโภคยาสูบโดยองค์กรต่างๆ ทั่วโลกในหลากหลายรูปแบบ และมีการออกมาตรการต่างๆ เพื่อจำกัดการบริโภคยาสูบ ทั้งการห้ามโฆษณาบุหรี่บนสื่อหลัก การมีภาพและคำเตือนที่น่ากลัวบนซองบุหรี่ การห้ามร้านค้าปลีกโชว์สินค้าบนชั้นวางที่เห็นได้

ชัด แต่ในความเป็นจริงแล้ว มาตรการเหล่านั้นก็ไม่สามารถลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ เนื่องจากกลุ่มธุรกิจบุหรี่ข้ามชาติพยายามใช้ทุกวิถีทางเพื่อเลี่ยงกฎหมายหรือยับยั้งกฎหมายควบคุมยาสูบที่จะออกมาใหม่ เพื่อมุ่งหวังที่จะขยายตลาดให้มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่สังคมยังไม่ค่อยตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่เท่าไรนัก⁽³⁾

จากการวิเคราะห์ขององค์การอนามัยโลกและธนาคารโลก พบว่า จำนวนผู้สูบบุหรี่และความต้องการใบยาสูบยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางในภูมิภาคอาเซียน เช่น อินโดนีเซีย เวียดนามและฟิลิปปินส์ เนื่องด้วยจำนวนประชากรและกำลังซื้อที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับรายงานแผนการตลาดของบริษัทยาสูบที่เปิดเผยว่า บริษัทยาสูบข้ามชาติมีแผนจะเข้ามาตั้งโรงงานการผลิตในประเทศเพื่อนบ้านของไทย หลังการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Asean Economic Community: AEC) เพื่อขยายตลาดให้ครอบคลุมลูกค้าทุกระดับ โดยเฉพาะกลุ่มลูกค้าระดับล่าง ด้วยการนำเข้าผลิตภัณฑ์ยี่ห้อใหม่ๆ นอกเหนือจากการเสริมความแข็งแกร่งในตลาดระดับกลางและระดับบน ในยุคที่อาเซียนกำลังจะเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจร่วมกัน กลุ่มธุรกิจยาสูบจึงพยายามทุกวิถีทางเพื่อให้ยาสูบอยู่ในสินค้าปลอดภาษีของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนด้วย⁽⁴⁾

รายงานดังกล่าวยังระบุถึงแนวโน้มตลาดบุหรี่ของประเทศไทยด้วยว่า ตลาดบุหรี่ของประเทศไทยยังมี



อัตราเติบโตโดยมีผลตอบแทนการลงทุนเฉลี่ยร้อยละหนึ่งต่อปี และตลาดจะค่อยๆ โตตามจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากประเทศไทยยังขาดมาตรการที่มีประสิทธิภาพ ในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่⁽⁵⁾ เพราะแม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายสำคัญที่บังคับใช้เพื่อควบคุมยาสูบร่วมกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) อยู่ 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535⁽⁶⁾ แต่เนื้อหาและสาระสำคัญของตัวบทกฎหมายก็ค่อนข้างล้าสมัย และตามวิวัฒนาการด้านการตลาดใหม่ๆ ของบริษัทบุหรี่ไม่ค่อยทัน⁽⁷⁾ ซึ่งเพิ่งได้ปรับปรุงเป็นพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ฉบับใหม่) พ.ศ. 2560 มีผลบังคับใช้เมื่อ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

ประเทศไทยจึงเผชิญกับความสูญเสียอันเนื่องมาจากพิษภัยของบุหรี่ไปมากมายมหาศาล คนไทยต้องเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 50,737 คน แต่ละปีภาครัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาไปกว่า 12,641 ล้านบาท รวมเป็นความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 74,884 ล้านบาทต่อปี⁽⁸⁾ และคาดการณ์ได้ว่าหากบริษัทยาสูบข้ามชาติสามารถเข้ามาส่งเสริมการตลาดในกลุ่มเยาวชนและสตรีได้มากขึ้นจริง ความสูญเสียดังกล่าวก็ย่อมจะสูงขึ้น และสร้างความเสียหายอย่างมากต่อเศรษฐกิจและสังคมไทย

ดังนั้น โรงงานยาสูบกระทรวงการคลัง ในฐานะรัฐวิสาหกิจแห่งเดียวที่เป็นผู้ผูกขาดการผลิตยาสูบในประเทศไทย และมีหน้าที่ในการรักษาผลประโยชน์ของชาติ⁽⁹⁾ จึงควรเป็นองค์กรหนึ่งที่มีส่วนร่วมในการป้องกันมิให้ผลกระทบดังกล่าวเกิดขึ้น ด้วยการปฏิรูปและปรับปรุงโครงสร้างการบริหารงานให้เกิดประสิทธิภาพตามแนวคิดการบริหารงานภาครัฐ เพื่อสกัดกั้นการเข้ามาขยายตลาดผู้บริโภคนอกของอุตสาหกรรมข้ามชาติ และเพื่อให้เกิดการดำเนินนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของการควบคุม

ของประเทศและของโลกในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ที่ประเทศไทยร่วมลงนามกับอีก 180 ประเทศ⁽¹⁰⁾ เพื่อสร้างแนวทางในการหยุดยั้งการแพร่ระบาดของการบริโภคยาสูบที่ทำลายชีวิตของประชากรโลกร่วมกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบแนวคิด สถานการณ์และวิธีการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐในประเด็นทางการควบคุมยาสูบ การปกครองและข้อตกลงทางการค้าของประเทศต่างๆ
- 2) เพื่อวิเคราะห์ฉากทัศน์ของบริษัทด้านการปกครอง ข้อตกลงทางการค้า และการเคลื่อนไหวทางด้านสังคมอื่นๆ ในการนำเสนอทางเลือกการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบสำหรับประเทศไทย
- 3) เพื่อประเมินระดับการยอมรับแนวทางการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบ จากผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบของไทย

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิจัยเอกสาร เพื่อรวบรวมข้อมูลทฤษฎีจากแหล่งข้อมูลและงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งพบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 17 ชิ้น ร่วมกับการเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญจากภาคประชาสังคมด้านการควบคุมยาสูบของไทยจำนวน 10 ท่าน เพื่อนำมาใช้ในการประเมินแนวทางการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบของไทย ในมิติทางด้านเศรษฐศาสตร์การเมืองที่ยึดประโยชน์สาธารณะของสังคมโดยรวม โดยมีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 และมีรายละเอียดของขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การศึกษาปัญหาและความท้าทายในการควบคุมและการบริหารจัดการอุตสาหกรรมยาสูบของ

ประเทศไทย ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นทางด้านปัญหาความขัดแย้งในการควบคุมและการบริหารจัดการอุตสาหกรรมยาสูบของประเทศไทย ปัญหาความท้าทายในการควบคุมยาสูบของประเทศไทย รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการบริหารงานของโรงงานยาสูบของประเทศไทย โดยอาศัยการศึกษาข้อมูลจากข่าวสารบทความ และงานวิจัยภายในประเทศ

2. การศึกษาแนวคิดและวิธีการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบในต่างประเทศ ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นทางด้านแนวคิดและวิธีการบริหารจัดการภาครัฐ แนวคิดและวิธีการควบคุมการบริโภคยาสูบ และแนวคิดและวิธีการจัดการทางด้านข้อตกลงระหว่างประเทศ โดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศ

3. การศึกษาความเป็นไปได้ในการปฏิรูปโรงงานยาสูบของไทย ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นทางด้านบริบทของสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองของประเทศไทย กฎหมายและระเบียบข้อบังคับของประเทศไทย รวมทั้งกฎหมายและข้อตกลงระหว่างประเทศ โดยการรวบรวมข้อมูลจากข่าวสารบทความ และงานวิจัยจากหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานเอกชนและหน่วยงานภาคการศึกษาของไทย

4. การสอบถามความคิดเห็นจากภาคประชาสังคม หลังจากที่ได้แนวทางการปฏิรูปโรงงานยาสูบที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยจากการวิเคราะห์เอกสารไปแล้ว ในขั้นตอนที่ 3 จะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญจากภาคประชาสังคมทางการควบคุมยาสูบของไทย จำนวน 10 ท่าน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิค snowball เพื่อระดมความคิดเห็นเพิ่มเติมในประเด็นของแนวคิดการปฏิรูปโรงงานยาสูบตลอดจนข้อจำกัดและอุปสรรคต่างๆ ในการบริหารงานของโรงงานยาสูบและการควบคุมยาสูบของไทย ในฐานะผู้ที่ทำงานจริงในวงการ

การควบคุมยาสูบของไทย ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญในประเด็นดังกล่าว และอาจมองเห็นภาพรวมของปัญหาการควบคุมยาสูบของไทยในบางประเด็นได้ตรงจุดกว่าการศึกษาจากเอกสารเพียงอย่างเดียว

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยที่เกี่ยวกับการสัมภาษณ์ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2560

ผลการศึกษา

จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า แม้จะมีกระแสแรงกดดันต่อการบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทย และอัตราการบริโภคยาสูบของประชากรโลกก็ยังไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ตั้งไว้ได้ ปัญหาและอุปสรรคสำคัญเกิดมาจากการแทรกแซงกฎหมายทั้งภายในประเทศ และระหว่างประเทศของบริษัทยาสูบข้ามชาติ เนื่องด้วยอุตสาหกรรมยาสูบนั้น เป็นอุตสาหกรรมที่สร้างรายได้ให้แก่ผู้ประกอบการมหาศาล รายรับของบริษัทบุหรี่หลายบริษัทมีขนาดใหญ่กว่าเศรษฐกิจของหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาที่ยังต้องอาศัยรายได้จากนักลงทุนต่างชาติ บริษัทข้ามชาติเหล่านี้จึงสามารถเข้าไปเจรจาต่อรองกับผู้ที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบายและแทรกแซงกระบวนการทางกฎหมายของบางประเทศได้ โดยอาศัยเงื่อนไข **“การค้าเสรี (free trade)”** เป็นตัวเชื่อมในการขยายอิทธิพลของตนไปยังประเทศอื่นๆ⁽¹¹⁾

ในกรณีของประเทศไทยก็ได้รับผลกระทบจากข้อตกลงการค้าเสรีดังกล่าว เพราะนับตั้งแต่มีการเปิดเสรียาสูบ โรงงานยาสูบของไทยต้องสูญเสียส่วนแบ่งการตลาดไปให้ยังบริษัทยาสูบข้ามชาติเป็นจำนวนมาก และถึงแม้ว่าโรงงานยาสูบของไทยจะมีส่วนแบ่งทางการตลาดสูงถึงร้อยละ

ละ 69.3 หรือสูงเกือบ 3 ใน 4 (ข้อมูลปี พ.ศ. 2559)⁽¹²⁾ แต่รายได้การนำส่งเงินเข้ารัฐและกำไรสุทธิของโรงงานยาสูบก็ยังมีสัดส่วนที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับรายได้จากการจัดเก็บภาษียาสูบของรัฐบาล ซึ่งเกิดมาจากปัญหาด้านการบริหารงานเช่นเดียวกับรัฐวิสาหกิจหลายๆ แห่งของไทย จึงทำให้รัฐวิสาหกิจของรัฐมีต้นทุนการดำเนินงานที่สูงกว่าธุรกิจเอกชนในอุตสาหกรรมเดียวกัน

สำหรับแนวทางการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบของต่างประเทศ สามารถจำแนกออกได้ 4 แนวทาง คือ (1) การเปิดเสรีการผลิตยาสูบให้นักลงทุนต่างชาติสามารถเข้ามาลงทุน

โดยตรงภายในประเทศ (foreign direct investment: FDI) (2) การร่วมทุนการค้า (joint venture) (3) การแปรรูปรัฐวิสาหกิจของรัฐ (privatization) (4) การปฏิรูปโครงสร้างภายใต้การบริหารงานแบบรัฐวิสาหกิจ (state-owned enterprise) ซึ่งแนวทางการปฏิรูปในแต่ละรูปแบบมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป ดังข้อสรุปในตารางที่ 1

จากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้านการควบคุมยาสูบของไทยจำนวน 10 ท่าน ส่วนใหญ่ (8 ใน 10) ยังคงมองว่า แนวทางที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการบริหารจัดการรัฐวิสาหกิจยาสูบของไทย

ตารางที่ 1 สรุปข้อดีและข้อเสียของแต่ละแนวทางการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐ

รูปแบบการปฏิรูป	ข้อดี	ข้อเสีย	ตัวอย่าง
1) การเปิดเสรีการผลิตยาสูบ (Foreign Direct Investment: FDI)	ตลาดอุตสาหกรรมยาสูบขยายตัว การจ้างงานภาคอุตสาหกรรมและภาคเกษตรกรรมเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของปริมาณการผลิตยาสูบ	อัตราการบริโภคยาสูบภายในประเทศเพิ่มขึ้น อายุการเข้าถึงบุหรี่ของประชากรลดลง ประชากรจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เพิ่มขึ้น รัฐจะต้องแบกรับค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น เกิดการแทรกแซงกฎหมายการควบคุมบุหรี่และการหลบเลี่ยงกฎหมายการควบคุมยาสูบมากขึ้น เนื่องจากบริษัทยาสูบเหล่านั้นจะเข้าไปมีอำนาจในการล็อบบี้ผู้มีอำนาจทางการเมืองภายในประเทศได้โดยตรง ทำให้ส่วนแบ่งรายได้จากภาษีที่รัฐควรจะได้รับลดลง และกำไรทั้งหมดของอุตสาหกรรมยาสูบจะถูกส่งออกไปยังประเทศผู้เป็นเจ้าของอุตสาหกรรมยาสูบเหล่านั้น	อินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์
2) การร่วมทุนการค้า (Joint Venture)	คล้ายกับการเปิดเสรีการผลิต คือ ตลาดอุตสาหกรรมยาสูบขยายตัว การจ้างงานภาคอุตสาหกรรมและภาคเกษตรกรรมเพิ่มขึ้น เนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของปริมาณการผลิตยาสูบ ปริมาณการส่งออกผลิตภัณฑ์ยาสูบไปต่างประเทศเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากประสิทธิภาพการผลิตของอุตสาหกรรมยาสูบโดยรวมสูงขึ้น	คล้ายกันกับการเปิดเสรีการผลิต คือ อัตราการบริโภคยาสูบภายในประเทศเพิ่มขึ้น อายุการเข้าถึงบุหรี่ของประชากรลดลง ประชากรจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เพิ่มขึ้น รัฐจะต้องแบกรับค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น เกิดการแทรกแซงกฎหมายการควบคุมบุหรี่และการหลบเลี่ยงกฎหมายการควบคุมยาสูบของรัฐมากขึ้น เพราะบริษัทยาสูบเหล่านั้นจะเข้าไปมีอำนาจในการล็อบบี้ผู้มีอำนาจทางการเมืองภายในประเทศได้โดยตรง ทำให้ส่วนแบ่งรายได้ของอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐจะลดลง และอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐถูกซื้อกิจการหรือถูกควบรวมกิจการโดยอุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติไปในที่สุด	ตุรกี และยูเครน

ตารางที่ 1 (ต่อ) สรุปข้อดีและข้อเสียของแต่ละแนวทางการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐ

รูปแบบการปฏิรูป	ข้อดี	ข้อเสีย	ตัวอย่าง
3) การแปรรูปรัฐวิสาหกิจของรัฐ (Privatization) 3.1 การแปลงสภาพรัฐวิสาหกิจเป็น “บริษัทจำกัด”	การบริหารงานในรูปแบบของรัฐวิสาหกิจมีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยที่รัฐบาลยังคงสามารถควบคุมปริมาณการผลิตยาสูบภายในประเทศได้ต่อไป	ภาครัฐยังคงต้องเผชิญกับปัญหาขาดแคลนเงินนโยบาย เพราะเป้าหมายของภาคเศรษฐกิจมักจะสวนทางกับเป้าหมายของภาคสาธารณสุขเสมอ รัฐไม่สามารถดำเนินนโยบายให้บรรลุผลตามเป้าหมายทั้งสองส่วนนี้ได้ในเวลาเดียวกัน เพราะหากรัฐให้ความสำคัญกับเป้าหมายทางด้านเศรษฐกิจ เป้าหมายทางด้านสุขภาพจะถูกละเลย และหากรัฐให้ความสำคัญกับปัญหาทางด้านสุขภาพ บริษัทยาสูบของรัฐจะไม่สามารถแข่งขันกับบริษัทยาสูบข้ามชาติได้ และโดยส่วนใหญ่เป้าหมายด้านเศรษฐกิจมักจะถูกให้ความสำคัญมากกว่าเป้าหมายทางด้านสุขภาพอยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่ระบบการเมืองและระบบเศรษฐกิจยังไม่มี ความเข้มแข็งเพียงพอ	ไต้หวัน
3.2 การแปลงสภาพรัฐวิสาหกิจเป็น “บริษัทจำกัดมหาชน”	รัฐสามารถระดมทุนจากประชาชนมาใช้ในการขยายกิจการ ปริมาณการผลิตยาสูบและปริมาณการส่งออกผลิตภัณฑ์ยาสูบจะเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากการประหยัดจากขนาด (economies of scale) ทำให้รัฐสามารถลดต้นทุนต่อหน่วยให้ลดลงได้ด้วยการขยายกำลังการผลิตให้มากขึ้นจากการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารงานโดยรวม ทั้งในเรื่องของการเพิ่มคุณภาพปัจจัยการผลิต แรงงาน และเทคโนโลยี	อัตราการบริโภคยาสูบภายในประเทศเพิ่มขึ้น อายุการเข้าถึงบุหรี่ของประชากรลดลง ประชากรจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เพิ่มมากขึ้น ซึ่งนอกจากรัฐจะต้องแบกรับต้นทุนในส่วนนี้แล้ว รัฐจะกลายเป็นเสมือนหนึ่งบริษัทเอกชนที่มีพันธกิจในการขับเคลื่อนธุรกิจให้เติบโต เพื่อรักษาผลประโยชน์ของผู้ร่วมทุนหรือผู้ถือหุ้นในฐานะเจ้าของบริษัท ธุรกิจประเภทนี้จึงมีเป้าหมายเน้นที่การส่งออก ซึ่งก็หมายความว่า รัฐจะมีใช่เป็นแค่เพียงผู้ทำลายสุขภาพของประชาชนภายในประเทศเท่านั้น แต่รัฐกลายเป็นเสมือนหนึ่งผู้ที่ทำร้ายชีวิตของประชากรโลกด้วย	ญี่ปุ่น
4) การปฏิรูปโครงสร้างภายใต้การบริหารงานแบบรัฐวิสาหกิจ (State-own enterprise)	โครงสร้างแบบนี้ช่วยลดปัญหาการเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน และการทุจริตเชิงนโยบาย การบริหารงานของรัฐวิสาหกิจต่างๆ มีความเป็นอิสระ ความโปร่งใสและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยที่รัฐวิสาหกิจเหล่านั้นยังคงสถานะเป็นกิจการของรัฐ ซึ่งมีพันธกิจที่ต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ของสังคม	การจัดโครงสร้างแบบนี้ยังคงต้องเผชิญความเสี่ยง เช่นเดียวกับการบริหารงานของรัฐวิสาหกิจรูปแบบเดิม หากไม่มีการกำหนดคุณสมบัติ ตลอดจนจนถึงกระบวนการสรรหาและแต่งตั้งคณะกรรมการรัฐวิสาหกิจหรือผู้บริหารรัฐวิสาหกิจที่เหมาะสม เพื่อให้ได้คนที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางเข้ามาบริหารรัฐวิสาหกิจอย่างแท้จริง	ประเทศกลุ่ม OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) และ ไทย



ในเวลานี้ คือ การบริหารงานในลักษณะของรัฐวิสาหกิจที่ยังอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาล เนื่องจากเมื่อเปรียบเทียบผลได้และผลเสียที่จะได้รับจากการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐในรูปแบบต่างๆ แล้ว ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจทำให้ประเทศไทยได้รับความสูญเสียทางด้านสุขภาพมากกว่าผลได้ทางเศรษฐกิจ⁽¹³⁾ เพราะในเวลานี้อุตสาหกรรมยาสูบของไทยยังไม่มีความพร้อมที่สามารถแข่งขันกับอุตสาหกรรมข้ามชาติได้ และแม้อุตสาหกรรมยาสูบไทยจะมีความพร้อม แต่การเปิดโอกาสให้อุตสาหกรรมแห่งความตายเหล่านี้มีการแข่งขันที่รุนแรงขึ้น นั้นหมายความว่าตลาดของผู้บริโภคยาสูบของโลกย่อมขยายตัว และผลกระทบทางด้านสุขภาพของประชากรไทยและประชากรโลกก็จะเพิ่มขึ้น ซึ่งไม่คุ้มกับรายได้ที่อาจเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจากการเพิ่มกำลังผลิตและการกระจายสินค้าเหล่านี้ไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลก⁽¹⁴⁾

วิจารณ์และข้อยุติ

นับตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกาได้ออกประกาศยืนยันพิษภัยนานาประการของการบริโภคยาสูบในปี พ.ศ. 2507 เป็นต้นมา ก็มีงานวิจัยออกมาอีกมากกว่า 70,000 ชิ้นที่พิสูจน์ว่า การบริโภคยาสูบทำให้เกิดโรค ความพิการและความตาย และเป็นภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพที่ทำให้เกิดโรคร้ายแรงในประชากรโลกจำนวนมาก โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ต่างๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือด ฯลฯ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ทุกประเทศหันมาร่วมมือกันสร้างแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของยาสูบ โดยมีกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) เป็นสนธิสัญญาระหว่างประเทศด้านสุขภาพฉบับแรกขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่มีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองประชากรโลกให้ปลอดภัยจากผลร้ายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ⁽¹⁵⁾ แต่ประเทศไทยก็ยังไม่สามารถดำเนินนโยบายให้บรรลุผลตามเป้าหมายได้ ทั้งนี้อุปสรรคส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการขัดขวางของอุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติ ที่อาศัยกรอบ

กฎหมายภายใต้การค้าเสรีเป็นเครื่องมือในการแทรกแซงนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย

การแทรกแซงดังกล่าวนอกจากจะกระทบกับประเด็นปัญหาด้านการสาธารณสุขของประเทศไทยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจของประเทศไทยด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของข้อตกลงการค้าเสรีอาเซียน (ASEAN Free Trade Area: AFTA)⁽¹⁶⁾ ที่บริษัทยาสูบข้ามชาติใช้เป็นเครื่องมือในการย้ายฐานการผลิตเข้ามาในภูมิภาคอาเซียนเพื่อผลิตบุหรี่ให้มีราคาถูก และตอบโจทย์ลูกค้าของประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้ต่ำและกำลังซื้อต่ำ จึงทำให้อัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนภายในภูมิภาคอาเซียนสูงขึ้น และทำให้อุตสาหกรรมยาสูบของรัฐต้องสูญเสียส่วนแบ่งทางรายได้ไปให้แก่อุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติเหล่านี้ ซึ่งมีความได้เปรียบด้านทุนและความสามารถในการผลิตอันเนื่องมาจากการประหยัดจากขนาด (economies of scale) และยังมีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อเข้าถึงกลุ่มลูกค้ารายใหม่ ทั้งวิธีการหลบเลี่ยงข้อกฎหมาย หรือการล็อบบี้ (lobbying) กลุ่มผู้มีอำนาจทางการเมือง เพื่อให้ได้มาซึ่งผลกำไรตามเป้าหมายที่ตนต้องการ

ต่างจากอุตสาหกรรมยาสูบภายในประเทศ ซึ่งมีการดำเนินงานในลักษณะรัฐวิสาหกิจที่ขาดประสิทธิภาพ ทำให้มีต้นทุนการดำเนินงานสูงกว่าภาคเอกชน ซึ่งเกิดจากปัญหาทางด้านการบริหารจัดการภายในของรัฐวิสาหกิจเอง⁽¹⁷⁾ จากการตั้งบอร์ดที่มาจากตัวแทนภาคราชการไม่สามารถแก้ไขปัญหาของรัฐวิสาหกิจเหล่านั้นจริงๆ ทำให้รัฐวิสาหกิจของรัฐมีต้นทุนในการดำเนินงานที่สูงและมีประสิทธิภาพในการผลิตที่ต่ำกว่าบริษัทของเอกชนในอุตสาหกรรมเดียวกัน ซึ่งปัญหาเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับรัฐวิสาหกิจที่มีการผูกขาดการผลิตโดยรัฐเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงรัฐวิสาหกิจอื่นๆ ที่มีการดำเนินงานในลักษณะของการบริหารงานในรูปแบบบริษัทจำกัด หรือบริษัทมหาชนจำกัด ซึ่งก็ประสบกับปัญหาดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

ผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้านการควบคุมยาสูบของไทยคิดเห็นว่า แนวทางที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนำมา

ใช้ในการบริหารจัดการรัฐวิสาหกิจยาสูบของไทยในเวลานี้ คือ การบริหารงานในลักษณะของรัฐวิสาหกิจที่ยังอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาล เพราะเมื่อเปรียบเทียบผลได้และผลเสียที่ประเทศไทยจะได้รับจากการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐในรูปแบบต่างๆ แล้ว อาจทำให้ไทยได้รับผลกระทบมาจากความสูญเสียทางด้านสุขภาพมากกว่าผลได้ทางเศรษฐกิจ เพราะนอกจากประเทศไทยจะไม่สามารถแย่งส่วนแบ่งของตลาดจากบริษัทยาสูบข้ามชาติเหล่านี้ได้แล้ว รัฐวิสาหกิจยาสูบยังอาจต้องเผชิญความเสี่ยงจนถึงกับต้องขายกิจการให้แก่บริษัทยาสูบของต่างชาติ ดังที่เคยเกิดขึ้นมาแล้วกับหลายประเทศ⁽¹⁸⁾

ทั้งนี้ อาจต้องมีการแยกอำนาจระหว่างองค์กรผู้กำหนดนโยบาย (policy maker) องค์กรผู้กำกับดูแล (regulator) และองค์กรผู้เป็นเจ้าของ (owner) ออกจากกันให้ชัดเจน เพื่อให้เกิดการถ่วงดุลอำนาจและลดปัญหาความซ้ำซ้อนของการบริหารงานในรูปแบบเดิม⁽¹⁹⁾

ดังนั้น รัฐบาลอาจต้องให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และการวางโครงสร้างการบริหารงานให้มีความเหมาะสมกับพันธกิจของรัฐวิสาหกิจแต่ละแห่งด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งรัฐวิสาหกิจที่มีทั้งผลกระทบทางบวกและทางลบต่อสังคมอย่างกรณีของโรงงานยาสูบ ซึ่งต้องมีการวางแผนและวิเคราะห์ผลกระทบอย่างรอบด้านและเป็นระบบ โดยควรที่จะเปิดเผยข้อมูลการดำเนินการของรัฐวิสาหกิจให้ประชาชนสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ และต้องจัดให้มีกระบวนการสรรหา การกำหนดคุณสมบัติ รวมถึงการแต่งตั้งผู้ว่าการยาสูบแห่งประเทศไทย (ตำแหน่งผู้บริหารภายหลังร่าง พรบ. การยาสูบแห่งชาติ มีผลบังคับใช้) และคณะกรรมการรัฐวิสาหกิจให้เกิดความโปร่งใส เพื่อให้ได้คนที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางเข้ามาบริหารกิจการรัฐวิสาหกิจ โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ภาคสุขภาพสามารถเข้าไปมีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในฐานะผู้ได้รับผลกระทบจากการดำเนินกิจการของรัฐด้วย เพื่อที่จะสามารถช่วยกันป้องกันและแก้ไขปัญหาเดิมของรัฐวิสาหกิจยาสูบของไทยซึ่งเป็น

ข้อกังวลของหลายๆ ภาคส่วนได้

การป้องกันผลกระทบอันเกิดจากข้อกฎหมายระหว่างประเทศ ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อแนวนโยบายการบริหารงานรัฐวิสาหกิจของไทย หรือแนวนโยบายต่างๆ ที่ออกมาปกป้องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย อาจทำได้โดยมีการตั้งคณะทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ของรัฐ เพื่อทำหน้าที่ในการช่วยกันตรวจสอบเนื่องจากในอดีตที่ผ่านมายังไม่มียุทธศาสตร์หรือหน่วยงานใดที่มีบทบาทออกมาผลักดันเรื่องดังกล่าวโดยตรง เพราะข้อจำกัดในหลายส่วน ทั้งในเรื่องอำนาจในการจัดการหรือองค์ความรู้ที่จะนำไปใช้ในการต่อสู้หรือผลักดันนโยบายต่างๆ อย่างได้ผล เพราะโดยลำพังของพนักงานในภาคส่วนสาธารณสุขเองก็ยังไม่มีความรู้หรือความเข้าใจในประเด็นการเจรจาการค้าหรือการถ่วงดุลอำนาจทางเศรษฐกิจเพียงพอ และพนักงานในภาคส่วนเศรษฐกิจของไทยเองก็ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของข้อกังวลของภาคสาธารณสุขในประเด็นดังกล่าว ดังนั้น หน่วยงานผู้วางแผนนโยบายจากส่วนกลางของไทยทั้งหมด เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ควรเป็นส่วนหนึ่งที่มีหน้าที่วางแผนเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของชาติจากภัยคุกคามของอุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติร่วมกัน

อย่างไรก็ตาม สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ได้ตัดสินใจผ่านพระราชบัญญัติการยาสูบแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2561 แล้วเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 เพื่อยกฐานะโรงงานยาสูบเป็นรัฐวิสาหกิจที่เป็นนิติบุคคลภายใต้กระทรวงการคลัง ในลักษณะของรัฐวิสาหกิจที่ยังอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาล แต่เปิดช่องให้สามารถแปลงสภาพกิจการภายใต้การยาสูบแห่งประเทศไทย (ยสท.) จึงสมควรเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหารองค์กร และผลกระทบต่อการควบคุมยาสูบในอนาคต โดยเฉพาะมาตรา 8(7) ที่บัญญัติว่าให้ ยสท. สามารถจัดตั้งบริษัทจำกัดหรือ



บริษัทมหาชนจำกัด โดยคนต่างด้าวถือหุ้นได้ไม่เกินร้อยละ 49 และ มาตรา 8(9) ที่บัญญัติให้ ยสท. สามารถเข้าร่วมกิจการกับหน่วยงานอื่นไม่ว่าจะเป็นของเอกชนหรือของรัฐ ทั้งในและนอกราชอาณาจักร หรือเข้าเป็นหุ้นส่วนในห้างหุ้นส่วนที่เป็นนิติบุคคล หรือถือหุ้นในบริษัทจำกัดหรือมหาชนจำกัด ซึ่งทางภาคีเครือข่ายควบคุมยาสูบได้เข้ายื่นหนังสือต่อสภานิติบัญญัติ และคณะกรรมการวิสามัญพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติการยาสูบฯ ถึงความกังวลของภาคีฯ ว่า บทบัญญัติดังกล่าวนั้น อาจกลายเป็นช่องว่างที่เปิดโอกาสให้บริษัทยาสูบข้ามชาติสามารถเข้ามาแทรกแซงนโยบายการบริหารกิจการยาสูบของรัฐ และนโยบายการควบคุมยาสูบของไทยได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยทางเลือกในการปฏิรูปโรงงานยาสูบของไทยข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อภาครัฐ ดังนี้

1. เพื่อปกป้องคนในชาติจากภัยคุกคามของอุตสาหกรรมบุหรี่ข้ามชาติ ภาครัฐควรต้องดำเนินการบริหารงานรัฐวิสาหกิจยาสูบของไทยในลักษณะผูกขาดการผลิต โดยรัฐต่อไป เพราะเมื่อเปรียบเทียบผลได้และผลเสียที่ประเทศไทยจะได้รับจากการปฏิรูปอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐในรูปแบบต่างๆ แล้ว อาจทำให้ไทยได้รับผลเสียทางด้านสุขภาพมากกว่าผลได้ทางเศรษฐกิจ เพราะนอกจากประเทศไทยจะไม่สามารถแย่งส่วนแบ่งของตลาดจากบริษัทยาสูบข้ามชาติเหล่านี้ได้แล้ว รัฐวิสาหกิจยาสูบอาจต้องเผชิญความเสี่ยงจนถึงกับต้องขายกิจการให้แก่บริษัทยาสูบของต่างชาติ ดังที่เคยเกิดขึ้นมาแล้วกับหลายประเทศ
2. การปฏิรูปโครงสร้างองค์กรหรือการปรับปรุงการบริหารงานของรัฐวิสาหกิจไทยในอนาคต ที่มีทั้งผลกระทบทางบวกและทางลบต่อสังคม รัฐบาลต้องให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และการวางโครงสร้างการบริหารงานให้มีความเหมาะสมกับพันธกิจของรัฐวิสาหกิจนี้ ซึ่งต้อง

คำนึงถึงผลกระทบต่างๆ อย่างรอบด้าน มิใช่เพียงแต่คำนึงถึงผลประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว จะต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านอื่นๆ ของสังคมด้วย เช่น ผลกระทบต่อสุขภาพ ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ผลกระทบต่อปัญหาทางด้านอาชญากรรมและความมั่นคง และผลกระทบด้านอื่นๆ โดยเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้าไปมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างรอบด้าน เพื่อร่วมกันป้องกันผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมที่จะเกิดขึ้นกับสังคมโดยรวม

3. ภาครัฐควรต้องจัดให้มีกระบวนการในการกำหนดคุณสมบัติ กระบวนการสรรหา และกระบวนการแต่งตั้งผู้ว่าการยาสูบฯ รวมถึงคณะกรรมการรัฐวิสาหกิจที่โปร่งใส เพื่อเปิดโอกาสให้คนที่มีความรู้ความสามารถเข้ามาบริหารกิจการรัฐวิสาหกิจ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาองค์กรต่อไปในอนาคต ทั้งนี้ต้องมีการแยกอำนาจระหว่างองค์กรผู้กำหนดนโยบาย (policy maker) องค์กรผู้กำกับดูแล (regulator) และองค์กรผู้เป็นเจ้าของ (owner) ออกจากกันให้ชัดเจน โดยอาจต้องเปิดโอกาสให้ภาคสาธารณสุขเข้าไปมีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในฐานะผู้ได้รับผลกระทบจากการดำเนินกิจการของรัฐด้วย

4. ภาครัฐควรมีการตั้งคณะทำงาน เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบและป้องกันผลกระทบอันอาจเกิดจากข้อกฎหมายระหว่างประเทศ ทั้งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ หรือสิ่งแวดล้อม โดยคณะทำงานดังกล่าวจะต้องประกอบไปด้วยหน่วยงานผู้วางแผนจากส่วนกลาง หน่วยงานผู้วางแผนทางด้านเศรษฐกิจ และหน่วยงานผู้วางแผนทางด้านสาธารณสุข เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ฯลฯ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ผลกระทบจากความตกลงทางการค้าระหว่างประเทศได้อย่างรอบด้านและเป็นประโยชน์ต่อสังคมไทยทุกภาคส่วนได้มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขอขอบคุณองค์กรภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่เอื้อเฟื้อข้อมูลในการวิจัย และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการทุกท่านที่ได้กรุณาตอบคำถามการสัมภาษณ์ในครั้งนี้

References

- Pitayarsarit S, Punkrajang P, Preechawong S. Summary of situation major risk factors for tobacco of Thailand in 2014. Bangkok: Tobacco Control Research and Knowledge Management Center; 2014. (in Thai)
- Termsirikulchai L, Kengganpanich M, Suwan P, Nakju S. Embroidered to tobacco interception. Bangkok: Tobacco Control Research and Knowledge Management Center; 2007. (in Thai)
- Health Station. Watch out! Tobacco Control Act: the great struggle of the transnational cigarette industry [online] [19 November 2016]. Available from: http://www.healthstation.in.th/mobile/viewnews.php?news_id=307. (in Thai)
- Action on Smoking and Health Foundation Thailand. Open a foreign tobacco plan expanding market in Thailand [online] [19 November 2016]. Available from: http://www.ashthailand.or.th/th/news_page.php?id=797. (in Thai)
- Action on Smoking and Health Foundation Thailand. Smoking trends of Thais in the next 15 years, slower than target [online] [19 November 2016]. Available from: http://www.ashthailand.or.th/th/news_page.php?id=486. (in Thai)
- Srisanit P. Include tobacco law. Bangkok: Thammasat University; 2012. (in Thai)
- Tosumpark R. Tobacco control law and health promotion in the state policy (Public Happiness Reform). Bangkok: Academic Office, the secretariat of the house of representatives; 2015. (in Thai)
- Bunddhamcharoen K, Makka N. Mobility and mortality from tobacco use. In Pitayarsarit S, Pankrajang P, Chotebenjamaporn P. Situation of tobacco control in Thailand in 2016. Bangkok: Tobacco Control Research and Knowledge Management Center; 2016. (in Thai)
- Thailand Tobacco Monopoly. Annual Report 2014. Bangkok: Thailand Tobacco Monopoly; 2014.
- Maticchon online. 375 network partners, announced Bangkok Declaration to putting draft the new tobacco laws [online] [29 July 2016]. Available from: <http://www.maticchon.co.th/news/229304>. (in Thai)
- Chitanond H. Free trade: impact on tobacco control. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2003. (in Thai)
- Euromonitor International. Passport: cigarettes in Thailand [online] [30 July 2016]. Available from: <http://www.euromonitor.com/travel-in-thailand/report>.
- Tangtangtham S. Privatization: case study, Thailand tobacco monopoly. Journal of Sukhothai Thammathirat Open University 2002;15(3):23-37. (in Thai)
- Nikomborirak D, Shivasitayanon S, Neawmalee K, Vinichbutr S. Impact of privatization of Thailand tobacco monopoly on tobacco control. Bangkok: Thailand Development Research Institute; 2003. (in Thai)
- Hfocus. A decade of WHO Convention on Tobacco Control [Online] [5 December 2015]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2015/03/9430>. (in Thai)
- Thadkasiri A. The effect of reducing cigarette import duty according to the ASEAN Free Trade Area, the impact on the tobacco market structure and government revenue in Thailand. Bangkok: Kasetsart University; 2003. (in Thai)
- Nimitmongkol M. Corruption with the development of state enterprises. Bangkok: Center for Anti-Corruption Network; 2013. (in Thai)
- Yurekli A. Privatization cigarette enterprises and public health: evidence from Turkey and Ukraine. Presented at The international meeting on economic, social and health issues in tobacco control; 3-4 December 2001; Kobe, Japan.
- Prachatai. Open plan to reform of Thai enterprises, set up "Super Holding Corporation" Management instead [online] [19 November 2016] Available from: <http://prachatai.com/journal/2015/07/60128>. (in Thai)

การสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตเมืองของประเทศไทย: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 3

ภูติท เตชาติวัฒน์^{*,+}

วินัย สีสมิตร[‡]

พัชรินทร์ สิริสุนทร[#]

ไพฑูรย์ อ่อนฤกษ์^{**}

สมยน์สิน ทองหล่อ[†]

กวีศักดิ์ นพเกษร[§]

อภิชาติ วิสิทธิ์วงษ์[¶]

ผู้รับผิดชอบบทความ: ภูติท เตชาติวัฒน์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง เขตสุขภาพที่ 3 โดยศึกษาเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง ของอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และของอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร เก็บข้อมูลโดยการทบทวนเอกสาร การศึกษาจากกรณีศึกษา การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม โดยเน้นความคิดเห็นและการตัดสินใจร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองจำนวน 260 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสรุปประเด็น

ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 2 พื้นที่มีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลเป็นแกนหลักในการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมือง โดยร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชนและท้องถิ่นจัดบริการภายใต้นโยบายคลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินการโดยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก และพบว่า ในปัจจุบันนั้น คุณภาพการรักษาพยาบาลดีขึ้น แต่มาตรฐานยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และยังไม่สามารถสร้างความเป็นเจ้าของระบบฯ ให้แก่ภาคีเครือข่ายได้ ปัญหาท้าทายที่สำคัญคือ ปริมาณการใช้บริการเพิ่มขึ้นจากจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การขาดแคลนกำลังคน โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และการไม่สามารถนำงบประมาณไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงยังขาดการสื่อสารเชิงนโยบายในการให้ความสำคัญกับเรื่องการพัฒนาบริการสุขภาพเขตเมือง

การสังเคราะห์ทางเลือกการพัฒนาบริการสุขภาพเขตเมืองพบ 3 รูปแบบสำคัญ ได้แก่ (1) รูปแบบที่มีภาวะการนำหลักโดยกระทรวงสาธารณสุข (รูปแบบปัจจุบัน) (2) รูปแบบการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ผ่านโครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ (3) รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยพบว่ารูปแบบปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบในอุดมคติของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือการถ่ายโอนภารกิจสู่ อปท. เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีความเข้าใจบริบทปัญหาสุขภาพของพื้นที่มากที่สุด อย่างไรก็ตาม ยังขาดความชัดเจนเชิงนโยบายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจ รวมถึงความพร้อมในเชิงมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพ และภาวะผู้นำของผู้บริหาร งานวิจัยนี้เสนอว่า รูปแบบการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ผ่านโครงสร้างคณะกรรมการ พชอ. เป็นทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดในระยะเปลี่ยนผ่านของการกระจายอำนาจ เพราะน่าจะสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเรียนรู้และมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบฯ มีความเข้าใจในบทบาทของแต่ละภาคส่วนมากยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน และการส่งมอบภารกิจสู่ อปท. ในอนาคต

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพ เขตเมือง บริการปฐมภูมิ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 3

* สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

† คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

‡ นักวิชาการอิสระ

§ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

¶ วิทยาลัยการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร

โรงพยาบาลคลองขลุง จ.กำแพงเพชร

** คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*** โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร

Options for Urban Health Services System Development in Thailand: A Case Study of Health Region 3

Phudit Tetjativaddhana^{*†}, Romnalin Thonglor[†], Vinai Leesmidt[‡], Tawesak Nopkesorn[§], Patcharin Sirasoonthorn[#], Apichart Wisitwong[¶], Paitoon Ongate^{**}

^{*}ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, [†]College of Health Systems Management, Naresuan University, [‡]Faculty of Public Health, Naresuan University, [§]Khlong Khlung Hospital, Kamphaeng Phet, [§]Freelance Academic, [#]Faculty of Social Sciences, Naresuan University, [¶]Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan, ^{**}Kamphaengphet Hospital, Kamphaeng Phet

Corresponding author: Phudit Tetjativaddhana, phuteja@gmail.com

Abstract

This qualitative study aimed to propose options to develop urban health services system in Health Region 3. The study's scope involved only primary care systems in urban areas of Nakhon Sawan and Kamphaeng Phet provinces. Literature review, case studies, in-depth interviews, and focus group discussions were administered to collect the data, which focused on 260 participant's recommendations and collaborative decision-making. The data were analyzed by thematic and content analysis.

The Social Medicine Departments of the Regional and Provincial Hospitals were the major organizations responsible for management of primary care services delivery in urban areas. Though public, private, and local government sectors also provided these services. However, under the primary care cluster policy, primary care service planning was done mainly by those under the management of the Ministry of Public Health (MOPH). At present, despite the improvement of curative service quality, it cannot cover all areas nor create a sense of ownership for those in other sectors. The major challenge both at present and in the future is the increasing service demand due to the increase in the number of aging population and patients with non-communicable diseases. Also, there is a problem of not being able to use the budget to effectively promote health and disease prevention because of incomprehensible understanding between the service units and the Office of the Auditor General and the lack of policy communication focused on the development of urban health services.

The result showed that there could be three major options for urban health services system development: (1) Management through single leadership of the MOPH (the current model), (2) Management by collaboration between sectors through District Health Board (DHB), and (3) Management through transfer of health mission to the local government. The assessment of the options showed that the current model may not be able to respond to the challenge effectively. The ideal option proposed by the key informants is management through the transfer of health mission to the local government, mainly because they are close to the people and can understand the context of the area well, and encourage the people to take responsibility for their health effectively. However, limitations were identified as: the unclear government policy to transfer health services mission from the MOPH to the local government; the lack of local administration and personnel capacity to manage health services; and the leadership of local government executives.

The present study proposes that a model of collaboration between sectors through DHB is the best option to move forward. This option can encourage all sectors to become involved in the development of the primary care system in an urban setting. It can encourage all related sectors, including the people, to have a better understanding of the roles and responsibilities of each sector and lead to better self-management of the people in the future.

Keywords: health services system, urban, primary care, district health board, Health Region 3

บทคัดย่อและเหตุผล

การเข้าสู่สังคมเมือง ถือเป็นสิ่งท้าทายที่สำคัญต่อการสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2030 จะมีประชากรอยู่อาศัย

ในเขตเมืองมากถึงร้อยละ 60 ของประชากรโลกทั้งหมด และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70 ภายในปี ค.ศ. 2050⁽¹⁾ ความเป็นสังคมเมืองส่งผลต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพ การเติบโตของเมืองอย่างรวดเร็วโดยปราศจากการวางแผนก่อให้เกิด

ปัญหาหลายด้าน เช่น ความไม่เป็นธรรม ความไม่เท่าเทียม ในการเข้าถึงบริการของรัฐ ความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจ การขาดแคลนที่อยู่อาศัยและน้ำสะอาด ปัญหาสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลที่ไม่เหมาะสม ความรุนแรงและอุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคระบาด ปัญหาการจราจร พฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แรงงานข้ามชาติ รวมถึงภาวะเครียด^(2,3)

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล⁽⁴⁾ ได้รายงานสถานการณ์สังคมเมืองของประเทศไทยว่า กลางปี พ.ศ. 2559 มีอัตราส่วนประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมืองร้อยละ 48.40 ของประชากรทั้งประเทศ และในฐานะที่ประเทศไทยเป็นประเทศรายได้ปานกลางระดับบน (upper-middle income country) ที่มีแนวโน้มพัฒนาสู่ความเป็นเมืองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลต่อปัญหาท้าทายทางสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2558 คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ⁽⁵⁾ ได้ระบุว่า การจัดบริการสุขภาพเขตเมืองจำเป็นต้องมีระบบบริการสุขภาพเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ สามารถรองรับความต้องการของประชาชนอย่างสอดคล้องตามแต่ละบริบทของพื้นที่ได้ ดังนั้น ภาระการดูแลสุขภาพพื้นฐานย่อมมากกว่าเดิม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เข้มแข็งเพื่อตอบสนองต่อปัญหาท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยความท้าทายด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนนั้นขึ้นอยู่กับผลลัพธ์การจัดการระบบสุขภาพ ซึ่งระบบบริการสุขภาพนั้นเป็นองค์ประกอบสำคัญยิ่ง อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบปัญหาท้าทายมากมายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ⁽⁶⁾ และปัญหาอย่างหนึ่งเกิดจากรูปแบบบริการปฐมภูมิที่ไม่มีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾

การจัดระบบบริการสุขภาพเขตเมืองในประเทศไทย ได้มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ โดยใน พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้มีนโยบายที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับการพัฒนาสุขภาพเขตเมือง คือ นโยบายคลินิกหมอ

ครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) ด้วยการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัวดูแลประชากรตามกลุ่มวัยและทำหน้าที่จัดการระบบสุขภาพของชุมชน⁽⁸⁾ และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนปฏิรูปด้านระบบบริการสุขภาพกำลังจัดทำร่างพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. โดยเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 และ มาตรา 258 เพื่อเป็นกฎหมายที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข⁽⁹⁾ นอกจากนี้ สธ. ได้ผลักดันให้เกิดการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยร่วมกับกระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการยกระดับการจัดการระบบสุขภาพอำเภอเพื่อมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยมีกระบวนการทำงานที่มุ่งสู่การแก้ปัญหาาร่วมกันแบบบูรณาการของทุกภาคส่วน ซึ่งมีพื้นที่นำร่อง 73 แห่งทั่วประเทศ⁽¹⁰⁾ ต่อมาขยายเป็น 200 พื้นที่และคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบให้มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง เมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2561 โดยให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามระเบียบนี้⁽¹¹⁾ ซึ่งจะทำการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการ พชอ. ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทย โดยนโยบายดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน (integrated care) เพื่อเป้าหมายในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

กรอบการดำเนินงานของแนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน (integrated care) ที่เสนอแนะโดย WHO ระบุว่า “ประชาชนควรเข้าถึงบริการปฐมภูมิตั้งแต่ครอบครัวและชุมชนที่ดีขึ้นกว่าเดิม ด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนระบบสุขภาพที่มีความยืดหยุ่น”⁽⁶⁾ เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อโดยเกิดจากมุมมองและความคาดหวังของ

ผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ ในระบบสุขภาพ มีการประสานงานอย่างมีคุณภาพและมีกระบวนการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา⁽¹²⁾ แนวคิดดังกล่าวจะเป็นวิธีการสำคัญในการสร้างกระบวนการทัศน์ใหม่ในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ⁽⁷⁾ นอกจากนี้ในการปฏิรูประบบสุขภาพ หลายประเทศทั่วโลกได้มีการใช้กลไกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยมีพื้นฐานความคิดว่าองค์กรขนาดเล็กกว่าย่อมมีโครงสร้างการกำหนดทิศทางที่เหมาะสม มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ และในสังคมประชาธิปไตย การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการที่สำคัญยิ่งทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องรับผิดชอบต่อชุมชนมากขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้รวดเร็วและตรงจุดมากขึ้น ตรวจสอบได้ง่ายขึ้น อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนด้วย ทั้งนี้ ประเทศไทยได้ผลักดันแนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจผ่าน พ.ร.บ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 และกระทรวงสาธารณสุขก็ได้จัดทำแผนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี พ.ศ. 2543⁽¹³⁾ ปัจจุบันมีการถ่ายโอน รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปอยู่ภายใต้การกำกับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 52 แห่งจากทั่วทั้งประเทศที่มีสถานีนอมาภัยและ รพ.สต. รวมกันประมาณ 9,800 แห่ง⁽¹⁴⁾

พื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ตั้งอยู่บริเวณภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย มีความหนาแน่นของประชากร 94.33 คนต่อตารางกิโลเมตร เป็นกลุ่มจังหวัดที่มีผลิตภัณฑ์มวลรวมมาจากภาคอุตสาหกรรมเป็นส่วนใหญ่ สัดส่วนมากกว่าผลิตภัณฑ์จากภาคเกษตรกรรม⁽¹⁵⁾ จึงเป็นดัชนีที่สามารถบอกได้ว่า พื้นที่ในเขตนี้เริ่มเข้าสู่ความเป็นเมือง ปัญหาสุขภาพของประชากรจังหวัดต่างๆ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 มีสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกคล้ายคลึงกัน คือ โรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ โภชนาการและเมตาบอลิซึม โรคระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเบาหวาน ซึ่งโรคกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ประชากรเสียชีวิตด้วย

โรคมะเร็งสูงที่สุด รองลงมาคือสาเหตุจากโรคติดเชื้อและปรสิต และโรคหลอดเลือด ตามลำดับ โดยพบว่า จังหวัดนครสวรรค์เป็นจังหวัดที่มีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งสูงที่สุด⁽¹⁶⁾

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ความเป็นเมืองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในพื้นที่ดังกล่าว ทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับสังคมเมือง ซึ่งการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจร่วมผ่านหลากหลายภาคส่วนเป็นองค์ประกอบที่นำไปสู่แนวทางการตัดสินใจที่เหมาะสมในการบริหารจัดการ⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ในการวิเคราะห์ความต้องการบริการสุขภาพที่เหมาะสมนั้น นอกจากการวิเคราะห์ความต้องการจากมุมมองของผู้บริหารและผู้จัดบริการสุขภาพแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงความต้องการของประชาชนซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในการรับบริการสุขภาพ⁽¹⁸⁾ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาเพื่อกำหนดทางเลือกของแนวทางเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง เขตสุขภาพที่ 3 ผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนเอกสารร่วมกับการศึกษากรณีศึกษา การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี ระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

กลุ่มเป้าหมาย

การศึกษานี้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง โดยคัดเลือกตัวแทนของพื้นที่เขตเมืองครอบคลุมอำเภอเมืองที่เป็นเขตเทศบาลนคร (อ.เมือง จ.นครสวรรค์)

และอำเภอเมืองที่เป็นเขตเทศบาลเมือง (อ.เมือง จ.กำแพงเพชร) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแนวโน้มของการกลายเป็นเมือง ทั้งทางด้านขนาด ความหนาแน่น และความหลากหลายของประชากร และเป็นพื้นที่นาร่องในการดำเนินนโยบาย PCC และ นโยบายคณะกรรมการ พชอ.

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมือง (พชอ.) ผู้บริหารนโยบายสาธารณสุขระดับเขตและจังหวัด ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพภาครัฐทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน และภาคท้องถิ่น ผู้แทนภาคประชาชนและชุมชน และผู้ทรงคุณวุฒิระดับชาติ เขต จังหวัด และพื้นที่ จำนวน 260 คน การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ร่วมกับการใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบ snowball sampling

การดำเนินงาน

แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยประยุกต์แนวทางการดำเนินงานจากงานวิจัยการสังเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย⁽¹⁹⁾

1. **ระยะเตรียมการ** (1) จัดประชุมร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อกำหนดคณะทำงาน หลังจากนั้นจัดประชุมคณะทำงานครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงและทบทวนวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด วิธีการดำเนินงาน และกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ เพื่อให้ข้อมูลและข้อคิดเห็น (2) จัดเวทีเสวนาเพื่อศึกษาจากกรณีศึกษาโดยครอบคลุมรูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคท้องถิ่น) การจัดการกำลังคน และการจัดการการเงิน เพื่อทบทวนปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และความล้มเหลว (3) จัดประชุมคณะทำงานครั้งที่ 2 เพื่อเตรียมชุดคำถามสำหรับแลกเปลี่ยนกับผู้ให้ข้อมูล (4) นำเสนอบทเรียนจากกรณีศึกษารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 3 และเขตสุขภาพใกล้เคียง เพื่อแลกเปลี่ยน

เปลี่ยนข้อมูลและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญในเวทีคณะกรรมการ พชอ. ของทั้ง 2 จังหวัด

2. **ระยะสังเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะ** (1) จัดประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิของ สวรส. เพื่อสะท้อนผลการศึกษาเบื้องต้น (2) สังเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะทางเลือกการจัดระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองซึ่งครอบคลุมการจัดบริการ การจัดการกำลังคน การจัดการการเงิน โดยผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม (3) นำเสนอผลการสังเคราะห์ทางเลือกแต่ละทางเลือกแก่คณะกรรมการ พชอ. ทั้ง 2 จังหวัด เพื่อให้คณะกรรมการ พชอ. เลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับพื้นที่และเสนอแนวทางการดำเนินงานเบื้องต้นของทางเลือกที่ได้รับเลือก (4) วิเคราะห์สังเคราะห์และสรุปผลการศึกษา พร้อมเสนอข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย และเชิงการจัดการ

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview guideline) ที่ครอบคลุมประเด็นตามวัตถุประสงค์การศึกษาและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทางด้านระบบบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความเชื่อถือได้ (credibility) ของข้อมูล การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการทบทวนเอกสาร (literature review) การศึกษาจากกรณีศึกษา (case study) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการสรุปประเด็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และกรณีศึกษา ถูกลำมาถอดเทป รวบรวม เพื่อวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสรุปประเด็น (thematic analysis) โดยคณะนักวิจัยได้ร่วมกันตรวจสอบความตรงของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ (dependability) ความถูกต้อง

ของการถอดเทป (confirmability) การให้รหัสข้อมูล (credibility) ความสอดคล้องของการให้รหัสเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล (axial coding) และการถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการประชุมกับคณะทำงาน รวมถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบประเด็นและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (confirmability)

การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

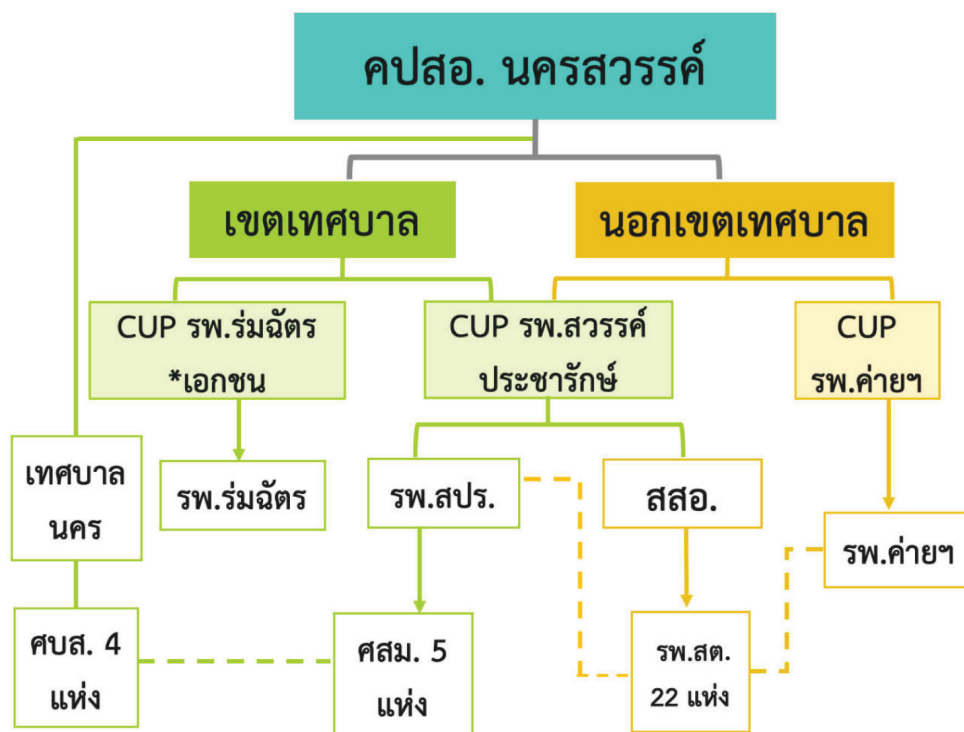
การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 0110/60 ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองในปัจจุบัน

1) การจัดบริการปฐมภูมิเขตเมือง (ก่อนการมีนโยบาย PCC)

จังหวัดนครสวรรค์ มีการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมือง โดยมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เป็นแกนหลัก ในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ มีการให้บริการจาก รพ.สวรรค์ประชารักษ์และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) 5 แห่ง มีโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่งเป็น contractor unit for primary care (CUP) ให้บริการประชาชนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคม และมีการทำงานประสานกับศูนย์บริการ



*หมายเหตุ แสดงความร่วมมือในการจัดบริการ

ภาพที่ 1 การจัดระบบบริการปฐมภูมิก่อนมีนโยบาย PCC ใน อ.เมือง จ.นครสวรรค์

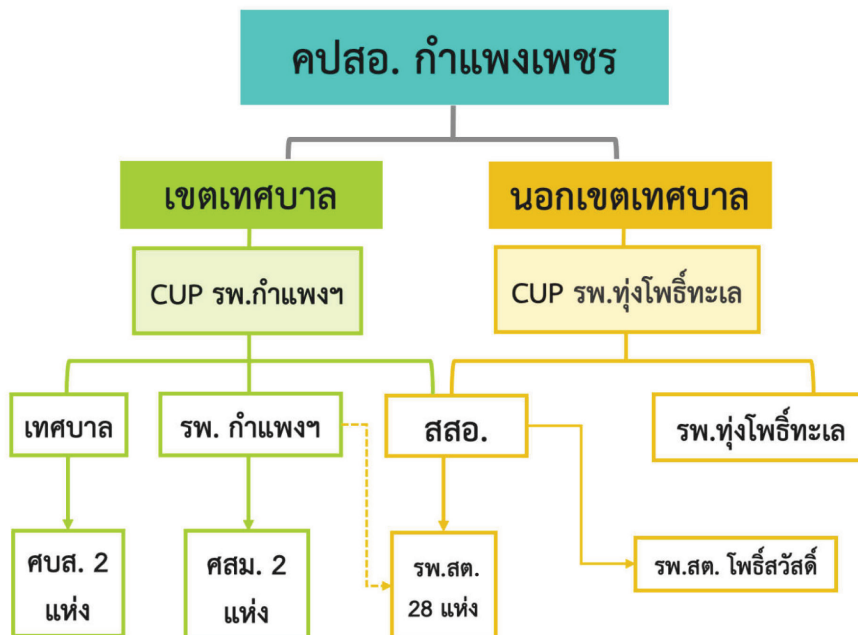
สาธารณสุขของเทศบาลนคร (ศบส.) ในขณะที่ส่วนนอกเขตเทศบาลนคร มี รพ.สุวรรณศรีประชารักษ์ให้บริการร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โดยมี รพ.ค่ายจิรประวัติ เป็น CUP อีก 1 แห่ง (ภาพที่ 1)

จังหวัดกำแพงเพชร มีการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองโดยมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของ รพ.กำแพงเพชร เป็นแกนหลัก ในเขตเทศบาลเมืองกำแพงเพชร มีการให้บริการจาก รพ.กำแพงเพชร และ ศสม. 2 แห่ง โดยมี ศบส.เทศบาลเมืองเป็น sub-contractor 1 แห่ง ร่วมให้บริการโดยมีแพทย์เกษียณอายุปฏิบัติงานประจำ ในเขตจังหวัดกำแพงเพชร ไม่มีสถานบริการภาคเอกชนเข้าร่วมให้บริการสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการประกันสังคม ในขณะที่นอกเขตเทศบาลเมืองมีการทำงานร่วมกันระหว่าง รพ.กำแพงเพชร กับ รพ.สต. และ สสอ.เมือง โดยมี ศบส. ของเทศบาลตำบล 2 แห่งร่วม

ดำเนินการภายใต้ CUP รพ.กำแพงเพชร และมีโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งและ รพ.สต. 1 แห่ง ร่วมเป็น CUP อีก 1 แห่ง (ภาพที่ 2)

2) การวางแผนการจัดบริการสุขภาพตามแนวนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (PCC)

จังหวัดนครสวรรค์ มีการวางแผนการจัดบริการสุขภาพภายใต้นโยบาย PCC โดยจะมีการจัดตั้ง 8 PCC ซึ่งจะอยู่ในเขตเทศบาลนคร 3 PCC และอยู่นอกเขตเทศบาลนคร จำนวน 5 PCC ภายใต้การบริหารของ CUP รพ.สุวรรณศรีประชารักษ์ โดยวางแผนว่าจะบูรณาการการจัดบริการปฐมภูมิเข้ากับคณะกรรมการ พชอ. และจัดตั้งคณะอนุกรรมการเป็นผู้นำกับการดำเนินงาน (ปัจจุบันยังไม่ได้ดำเนินการ) โดยในปัจจุบันมีการดำเนินงานตามนโยบาย PCC จำนวน 1 cluster ดูแลประชากร 28,144 คน ภายใต้ CUP รพ.สุวรรณศรีประชารักษ์ ประกอบด้วย ศสม.วัดไทรใต้ ศสม.วัดช่อง และชุมชนวัดพุทธมงคลนิมิตร



*หมายเหตุ แสดงความร่วมมือในการจัดบริการ

ภาพที่ 2 การจัดระบบบริการปฐมภูมิก่อนมีนโยบาย PCC ใน อ.เมือง จ.กำแพงเพชร

การวางแผนจัดตั้ง 7 PCC ในอนาคตภายใต้ สสอ. เมืองนครสวรรค์ มีการวางแผนโดยในปี พ.ศ. 2561 จะจัดตั้ง cluster ที่ 4 ดูแลประชากร 28,208 คน และจัดตั้ง cluster ที่ 5 ดูแลประชากร 34,926 คน ในปี พ.ศ. 2562 จะจัดตั้ง cluster ที่ 2 ดูแลประชากร 30,205 คน และ cluster ที่ 6 ดูแลประชากร 33,107 คน ในปี พ.ศ. 2563 จัดตั้ง cluster ที่ 7 ดูแลประชากร 29,201 คน และในปี พ.ศ. 2564 จะจัดตั้ง cluster ที่ 3 ดูแลประชากร 31,101 คน และ cluster ที่ 8 ดูแลประชากร 26,169 คน (ภาพที่ 3)

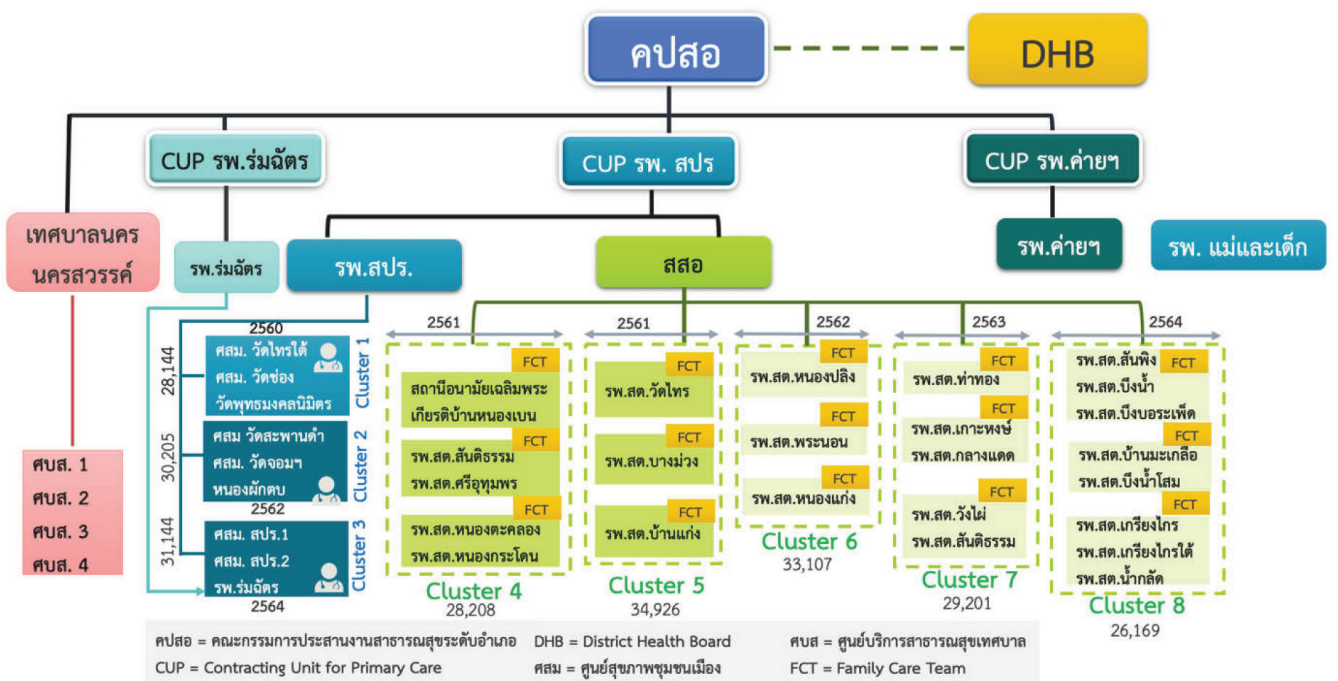
จังหวัดกำแพงเพชร มีการวางแผนการจัดบริการสุขภาพตามนโยบาย PCC ทั้งสิ้น 5 PCC โดยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง 1 cluster (จัดตั้งในปี พ.ศ. 2559) ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของ รพ.กำแพงเพชร ศสม.ของโรงพยาบาล และ ศบส.เมืองกำแพงเพชร ดูแลประชากร 37,008 คน ประกอบด้วย ศสม.เมืองกำแพงฯ ศสม.ชาบก้งราว ศบส.นครชุม และ ศบส.

เมืองกำแพงฯ และมีการจัดตั้ง PCC นอกเขตเทศบาลเมือง อีก 4 PCC

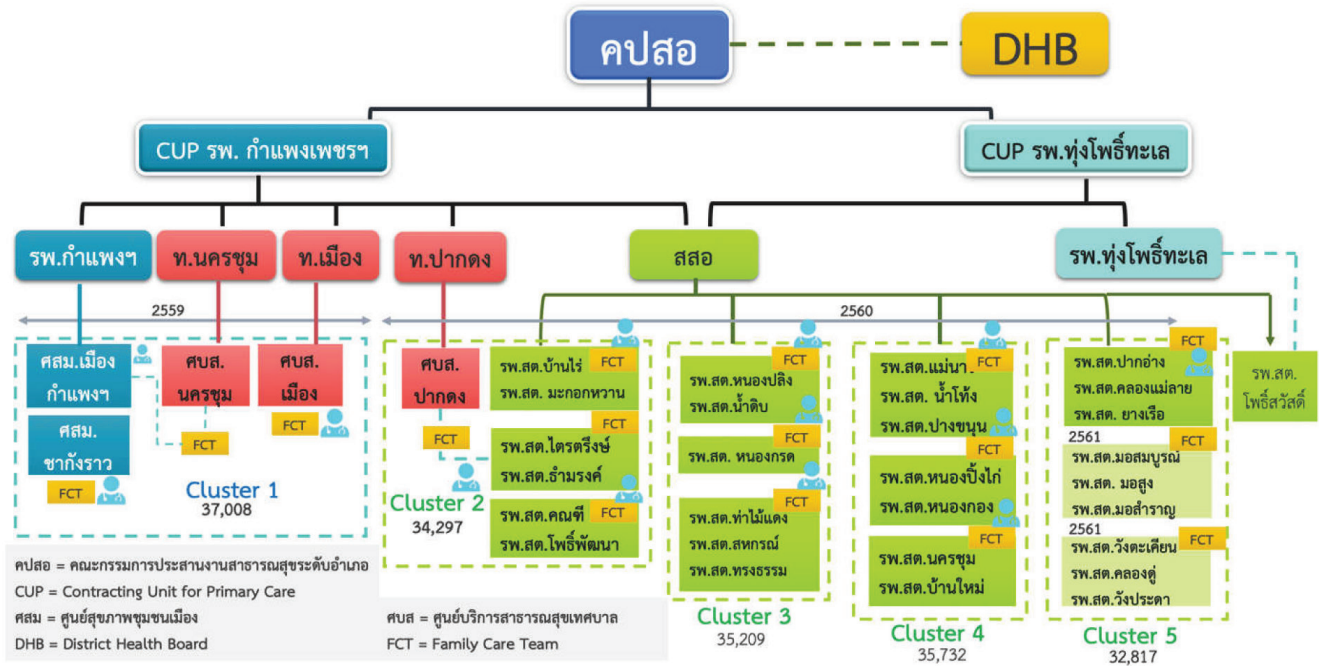
โดยในปี พ.ศ. 2560 จัดตั้งเพิ่มเติม 4 cluster ภายใต้ สสอ.เมือง ได้แก่ cluster ที่ 2 ดูแลประชากร 34,297 คน (เป็นความร่วมมือระหว่างเทศบาลปากดงและ สสอ.เมือง) cluster ที่ 3 ดูแลประชากร 35,209 คน cluster ที่ 4 ดูแลประชากร 35,732 คน และ cluster ที่ 5 ดูแลประชากร 34,926 คน และมีการวางแผนเพิ่มเติมอีก 2 cluster ในปี พ.ศ. 2561 ภายใต้ CUP รพ.กำแพงเพชร (ส่วนของ สสอ.เมือง) และภายใต้ CUP รพ.ทุ่งโพธิ์ทะเล (ภาพที่ 4)

3) จุดแข็ง ข้อจำกัด ผลลัพธ์ ปัญหาท้าทาย และ ภาพฝันของการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมือง

จุดแข็งของการจัดบริการฯ ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นตรงกันว่าบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (ศสม. รพ.สต. และ ศบส.เทศบาล ที่มีแพทย์) มีคุณภาพดีขึ้นกว่าเดิม มีการกระจายกำลังแพทย์ลงไปปฏิบัติงานตามเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ประชาชนมีความพึงพอใจในบริการ



ภาพที่ 3 การจัดการระบบบริการปฐมภูมิตามนโยบาย PCC อ.เมือง จ.นครสวรรค์



ภาพที่ 4 การจัดการระบบบริการปฐมภูมิตามนโยบาย PCC อ.เมือง จ.กำแพงเพชร

จากบุคคลากรสุขภาพโดยเฉพาะจากผู้ให้บริการที่ได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว รวมถึงมีความเชื่อถือและไว้วางใจพยาบาลเวชปฏิบัติในกรณีที่ไม่มีแพทย์หรือแพทย์ไม่สามารถให้บริการได้ การมีนโยบาย PCC สามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปได้ มีการจัดสรรงบประมาณให้เครือข่ายหน่วยบริการอย่างเพียงพอและกลไกการสั่งการนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ทำได้อย่างรวดเร็ว

“ศูนย์แพทย์วัดช่อง บริการไว สะดวก พยาบาลน่ารัก มาเร็ว สื่อสารกับคนไข้ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย” (ประชาชน นครสวรรค์)

“รพ.สต.สทกรณ์ให้บริการดีมาก ออกเยี่ยมผู้สูงอายุ คนไข้ติดเตียง อสม.จะเข้าไปดูลูกน้ำยุงลาย เวลามีเคลงใหม่ๆ เข้ามาก็จะปูพรมออกพื้นที่ การเยี่ยมบ้านจะเป็นหมออนามัยไปกับหมอของ รพ.กำแพง มีหมอประจำอาทิตย์ละครั้ง ส่วนมากจะไปวันพุธ ฟังพอใจมาก” (ประชาชน กำแพงเพชร)

“ด้วยจำนวน work load ที่เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกัน

คนเท่าเดิม หรืออาจจะลดลงด้วยซ้ำ... แต่ด้านการรักษา เราทำได้ดีมีคุณภาพกว่าเมื่อก่อน” (ผู้ให้บริการ, FG03)

“หมอที่นี่เป็นหมอครอบครัว ผ่านการอบรมหมอ [เวชศาสตร์] ครอบครัว หมอเป็นคนน่ารัก ชอบคุย เอาใจ ใส่ผู้ที่มารับบริการ” (ประชาชน นครสวรรค์)

“ศูนย์ชุมชนสามารถลดความแออัดของ รพ. ใหญ่ได้ เพราะเขาแบ่งคนไข้ให้มารักษาที่นี่ ส่วนใหญ่เป็นคนไข้เรื้อรัง” (ประชาชน นครสวรรค์)

ข้อจำกัดของการจัดบริการฯ ผลการสัมภาษณ์พบว่า คุณภาพและมาตรฐานบริการตามนโยบาย PCC ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ลักษณะของการให้บริการยังเป็นแบบการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกแบบเดิมเป็นส่วนใหญ่ มีการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกค่อนข้างน้อย ประชาชนไม่ค่อยพึงพอใจกับบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) จำนวนบุคลากรยังไม่เพียงพอต่อการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

“แต่ตรงนี้อ่าว่ามัน [นโยบาย PCC] ตอบโจทย์ปัญหา ในอนาคตไหม ผมว่ามันไม่ เพราะว่าดู PCC เขาไปเน้นเรื่องการรักษามากไป คือแบบว่าตอนบ่ายเป็นเยี่ยมบ้าน แต่ถามว่าเวลาไหนที่เขาจะเอาไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เรื่องของกลุ่มเสี่ยงอะไรอย่างนี้...มันก็เลยเป็นทำงานแบบ extended OPD เหมือนเดิม” (ผู้บริหารระดับเขต, 02)

“การจัดบริการสุขภาพ...กลไกการจัดบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่สามารถเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มวัย...แม้ว่าปัจจุบัน รพ. XXX ได้กระจายการให้บริการสุขภาพไปยังนอกโรงพยาบาลแล้วก็ตาม แต่ยังเป็นการจัดรับมากกว่าการให้บริการเชิงรุก...” (ผู้บริหารระดับเขต, 01)

“ปัญหาหลักของเราเลยคือแพทย์เวชศาสตร์ [ครอบครัว] เรายังหาไม่ทันเลย ก็คิดว่าจะพึ่งพวกแพทย์เกษียณ แต่ของเราความจริงก็มีนะ แต่เขาเกษียณแล้ว เขาก็ไม่ยอมมาทำงานตรงนี้แล้ว อยู่บ้านหรือไปทำอย่างอื่นดีกว่า” (ผู้บริหารระดับพื้นที่ FGDHB01)

ส่วนปัญหาหลักด้านการเงินคือไม่สามารถนำงบประมาณที่มีอยู่ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกันกับหน่วยงานตรวจสอบงบประมาณ นอกจากนี้การสั่งการนโยบายและการกำกับโดยผ่านตัวชี้วัดจากส่วนกลางไม่สามารถตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่ได้ ระบบข้อมูลสารสนเทศและการใช้ข้อมูลเพื่อการบริหารร่วมกันยังคงเป็นปัญหาท้าทายที่สำคัญ และปัจจุบันยังไม่สามารถสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการภาคเอกชน และ อปท. ในการกำหนดยุทธศาสตร์และการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงยังขาดการสื่อสารเชิงนโยบายในการมุ่งเน้นเรื่องการบริการสุขภาพเขตเมือง

“ส่วนใหญ่เราก็จะคิดว่าทางสาธารณสุขจะให้ทำอะไร ซึ่งบางอย่างมันเป็นเรื่องของกระทรวงเขาละ ไม่เห็นตรงกับงานที่เราทำเลย ความจริงควรจะต้องมานั่งคุยกันและทำแผนยุทธศาสตร์ของพื้นที่นะ” (ผู้บริหารระดับพื้นที่ ทองถิ่น, 04)

“เมื่อก่อนมีการพูดถึงการพัฒนาาระบบบริการเขตเมือง เช่น โรงพยาบาลเมือง...แต่ปัจจุบันไม่ค่อยมีการพูด

ถึงนะ อย่างในการประชุมระดับเขตหรือระดับจังหวัด ก็ไม่ได้พูดถึงเรื่องระบบบริการสุขภาพเขตเมืองเลย ตอนนั้นก็ตามกันแต่เรื่อง PCC, DHS, DHB ประมาณนี้ และก็ service plan” (ผู้บริหารระดับเขต, 03)

ผลลัพธ์ของการจัดบริการฯ งานวิจัยนี้พบว่า สถานการณ์การมารับบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งในระดับจังหวัด เขตอำเภอเมือง และเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจากจำนวน 4,253,320 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 5,120,475 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2559 โดยในปี พ.ศ. 2559 อัตราส่วนของจำนวนครั้งการมารับบริการต่อจำนวนคนที่เข้ารับบริการในระดับจังหวัด อำเภอเมือง และเทศบาลนครเป็น 4.00, 3.00 และ 2.87 ครั้งต่อคน ตามลำดับ และเมื่อคิดเป็นจำนวนครั้งต่อจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนในจังหวัด อำเภอ และเขตเทศบาลนครเป็น 4.80, 4.30 และ 7.34 ครั้งต่อคน ในขณะที่เขตจังหวัดกำแพงเพชร พบว่าการมารับบริการมีแนวโน้มคงที่ในระดับจังหวัดและเขตอำเภอเมือง อย่างไรก็ตาม ในเขตเทศบาลเมืองมีแนวโน้มการมารับบริการสูงขึ้นจากจำนวน 458,130 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 505,737 ครั้งในปี พ.ศ. 2559 โดยในปี พ.ศ. 2559 อัตราส่วนของจำนวนครั้งการมารับบริการต่อจำนวนคนที่เข้ารับบริการเป็น 3.90, 3.71 และ 3.19 ในระดับจังหวัด อำเภอ และเทศบาลเมืองตามลำดับ และเมื่อคิดเป็นอัตราส่วนของจำนวนครั้งต่อจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนในจังหวัด อำเภอ และเขตเทศบาลนคร เป็น 4.51, 4.82 และ 20.27 ครั้งต่อคน⁽²⁰⁾

ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพภายใต้การบริหารจัดการในรูปแบบปัจจุบันของเขตพื้นที่ดังกล่าวนี้ พบว่า อัตราตายสูงสุดมาจากโรคมะเร็ง คือ 119.26 ต่อแสนประชากรในจังหวัดนครสวรรค์ (พ.ศ. 2558) และ 112.44 ต่อแสนประชากรในจังหวัดกำแพงเพชร (พ.ศ. 2559) และประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากที่สุด ส่วนใหญ่คือโรคในระบบไหลเวียนโลหิต โรคในระบบทางหายใจ และโรคเบาหวาน⁽¹⁶⁾

ปัญหาท้าทายของการจัดบริการฯ งานวิจัยนี้พบว่า ปัญหาท้าทายที่สำคัญต่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิเขต



เมือง คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การย้ายที่อยู่อาศัยของประชากรเข้าสู่เขตเมืองมากขึ้น พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตเมืองที่ยังขาดการดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการใช้ชีวิตแบบเมืองซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

“ผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น อีก 1-2 ปีเขาก็จะประกาศแล้วว่า เป็นปีของผู้สูงอายุของประเทศไทยเต็ม 100% อันนี้เป็นสิ่งที่ท้าทายที่ทุกคนต้องเจอ อย่างบ้านที่ 4-5 คนนี้เจอแน่เพราะทุกวันนี้ก็เจออยู่” (ประชาชน, นครสวรรค์)

นอกจากนี้ประชาชนมีความต้องการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากกว่าเดิม มีความสะดวก รวดเร็ว และต้องการรับบริการจากแพทย์เฉพาะทาง โดยบางส่วนเข้ารับบริการมากเกินไปจนความจำเป็น

“คนในเมืองเป็นอะไรขึ้นมาก็อยากไปหาหมอที่เก่งที่สุด ไปหาหมอเฉพาะทาง บางคนไปโน่นเข้าไปกรุงเทพฯ เลย เขามีเงินจ่ายใจ แต่พวกไม่มีเงินจ่ายบางที่รู้มาก ก็จะไปหาที่ รพ.XXX เลย บางคนเจ็บตานิคิดเดียวก็อยากไปหาหมอต่า มันเลยทำให้ รพ. แน่นมาก...” (ประชาชน, นครสวรรค์)

“เราเห็นว่าเป็นจุดที่คนไทยยังไม่เข้าใจในเรื่องของบริการสุขภาพ...เราพบว่าคนไข้มาตรวจที่ OPD เฉลี่ย 1,490 รายต่อวัน แล้วส่วนใหญ่ 5 อันดับโรคแรกเป็น URI ท้องเสีย เวียนศีรษะ มันเป็นโรคที่ไม่จำเป็น แม้กระทั่งคลินิกเอกชน รพ. เอกชนก็ตาม คนไข้ไปพบ specialist โดยตรง ทั้งๆ ที่เป็นแค่ไข้หวัด เวียนหัว...” (ผู้บริหารระดับเขต, 03)

อย่างไรก็ตาม ประชาชนเขตเมืองบางส่วน ต้องการให้มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่เข้มข้นมากกว่าเดิม และมีความต้องการได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นกว่าเดิม

“เราควรใช้วิธีการส่งเสริม ป้องกัน เพื่อให้เขาไม่เกิดโรค ควรจะมีหน่วยงานที่ส่งเสริมเรื่องงบประมาณในด้านนี้ งบประมาณที่ไปทุ่มตรงการรักษามันเป็นการแก้ปัญหาก็หลายเหตุมากเกินไป” (ประชาชน นครสวรรค์)

ภาพฝันของการจัดบริการฯ งานวิจัยนี้ได้สังเคราะห์

ภาพฝันของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์และปัญหาท้าทายดังกล่าว โดยทั้ง 2 จังหวัดร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ดังนี้

“ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มุ่งเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มีเครือข่ายในการให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่นที่มีการประสานงานกันอย่างไร้รอยต่อ สนับสนุนให้ชุมชนและประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพและสามารถจัดการสุขภาพตนเอง โดยมีการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ประชาชนมีความเชื่อถือไว้วางใจว่าผู้ให้บริการจะให้การดูแลและเคารพผู้รับบริการในฐานะเป็นบุคคลหนึ่งที่มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และมีคุณค่าต่อสังคม”

2. ทางเลือกของแนวทางเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

ในการที่จะตอบสนองต่อปัญหาท้าทายและภาพฝันของระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ข้อมูลและพบ 3 รูปแบบการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ได้แก่ 1) รูปแบบที่มีภาวะการนำหลักโดย สธ. (รูปแบบปัจจุบัน) 2) รูปแบบการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ผ่านโครงสร้างคณะกรรมการ พชอ. และ 3) รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจสู่ อปท.

1) รูปแบบที่มีภาวะการนำหลักโดย สธ. (รูปแบบปัจจุบัน)

ในรูปแบบนี้มีการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง โดยมีภาวะการนำเดี่ยวตามการสั่งการนโยบายจาก สธ. ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพของ สธ. ข้อดีคือสามารถนำนโยบายต่างๆ ไปสู่การปฏิบัติได้รวดเร็วผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และคณะกรรมการ CUP Board ทำให้คุณภาพการรักษายาบาลดีขึ้น ปัจจุบันมีการแต่งตั้งคณะกรรมการจากภาคส่วนอื่น เช่น หน่วยบริการภาครัฐนอก สธ. หน่วยบริการภาคเอกชน อปท. และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการระบบบริการฯ

แต่พบว่ายังไม่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบร่วมกันของภาคีเครือข่าย เช่น ในกรณีของการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว พบว่าในการวางแผนการจัดตั้งดำเนินการโดยเครือข่ายของหน่วยบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก หน่วยบริการสุขภาพของภาคส่วนอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดบริการค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ยังขาดการจัดทำยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยบริการต่างสังกัดและต่างภาคส่วน รวมถึงภาคีเครือข่ายสำคัญในพื้นที่ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

“ถ้าถามว่ามีแผนยุทธศาสตร์ใหม่ ก็คงไม่มีนะ เพราะปกติก็ทำงานตามที่สั่งการกันมา หรือเรียกประชุมในการทำงาน เป็นงานปีต่อปีมากกว่า” (ผู้ให้บริการ, FGDHB01)

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาที่สำคัญคือ การดำเนินงานตามนโยบายที่สั่งการมาจาก สธ. มีตัวชี้วัดและเป้าหมายการทำงานซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนและผู้ให้บริการในพื้นที่ ผู้ให้บริการสุขภาพในสังกัดอื่นๆ รู้สึกว่าไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน แม้จะมีผู้บริหารของ สธ. รับผิดชอบในการนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติ แต่ภาคีเครือข่ายไม่มั่นใจว่าหน่วยงานหรือบุคคลใดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งทำให้เกิดข้อกังวลเกี่ยวกับการทำงานร่วมกันแบบต่อเนื่องในระยะยาวได้

“นโยบายเนี่ยะ มันเป็นนโยบายภาพรวม บางพื้นที่ปัญหานี้ไม่ใช่ปัญหา แต่ก็ต้องทำด้วย เพราะฉะนั้นก็เลยเป็นการไปเพิ่มงานให้เขา ไม่ได้ไปช่วยแก้ปัญหา” (ผู้ให้บริการ, FG03)

“พี่ก็ไม่รู้ว่าจะใครเป็นผู้จัดการระบบบริการเขตเมือง ถ้าถามก็คงหมอ...มั้ง เพราะแกเป็นตัวหลัก แต่แกก็ไม่ได้มีตำแหน่งนี่นะ” (ผู้ให้บริการ, FG01)

2) รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

ในรูปแบบนี้ การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง รวมถึงการจัดการกำลังคน และการจัดการการเงินการคลังสุขภาพ จะอยู่ภายใต้การดำเนินงานและการบริหาร

งานของ อปท. ซึ่งจะต้องมีการถ่ายโอนภารกิจด้านการจัดการบริการสุขภาพให้แก่ อปท. ภายใต้การควบคุมกำกับมาตรฐานการทำงานโดย สธ. โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบและความเป็นเจ้าของสุขภาพตนเองของประชาชน ซึ่งมีแนวทางแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ 1) การถ่ายโอนภารกิจในทุกด้าน ทั้งเรื่องการรักษาพยาบาลระดับสูง และการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 2) การถ่ายโอนเฉพาะภารกิจด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบนี้น่าจะเป็นรูปแบบในอุดมคติที่สามารถตอบสนองต่อบริบทปัญหาสุขภาพของประชาชนได้มากที่สุด เนื่องจาก อปท. มีความใกล้ชิดกับประชาชน ทราบบริบทและปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของประชาชนในพื้นที่ สามารถที่จะจัดสรรทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว

“ถ้าให้ท้องถิ่นทำ [ถ่ายโอนภารกิจด้านการบริการสุขภาพ] มันก็เข้ากรอบ [เหมือนกับกรดำเนินการดำเนินงานของ] ต่างประเทศที่จะโอนอะไรทั้งหลายมาให้ มันก็ทำได้นะ แต่ต้องใช้เวลา และน่าจะดีกว่าเดิม เรามองไปว่าต้องให้ประชาชนเขาตระหนักว่าทุกอย่างมันเป็นของเขา ใครจะมารู้ปัญหาทั้งหลายเท่าตัวเรา ผมเห็นด้วยนะว่าประชาชนในท้องถิ่นต้องมีส่วนได้ส่วนเสีย มีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง ถึงแม้มันจะยาก แต่ว่ามันจะพัฒนาเอง” (ผู้บริหารระดับเขต, 08)

อย่างไรก็ตาม อาจมีข้อจำกัด คือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังไม่แน่ใจถึงการดำเนินการในทางปฏิบัติ เนื่องจากยังไม่มั่นใจในคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการปฐมภูมิที่ดำเนินการโดย อปท. โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรักษาพยาบาล และการขาดประสบการณ์ในการบริหารจัดการบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีความไม่มั่นใจเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากร การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร รวมถึงการบริหารจัดการงบประมาณ

“คุณไปดูเขาซะก่อน การบริหารจัดการ ณ ตอนนี้อย่างไร ใครเข้าไปใช้ เทศบาลแต่ละแห่งยังจัดการระเบียบของเขา



ยังลำบากอยู่เลย ทั้งระบบขยะ สาธารณูปโภค เขายังทำไม่ได้มาก แล้วคุณยังกล้าเอาสาธารณสุขไปให้เขาอีกเหรอ แล้วหน่วยงานสาธารณสุขปัจจุบันเขาทำอะไร เขามีความรับผิดชอบอยู่แค่ไหน ประชาชนไม่เคยรู้เลย เราไม่เคยใช้เลย เราไปแต่ รพ.ใหญ่ กับศูนย์ชุมชน” (ประชาชน จังหวัด XXX)

“ [รพ.สต.] บางแห่งที่ขึ้นกับท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ก็ขอย้ายกลับมา มันเหมือนมันไม่ได้คิดภาพใหญ่ว่าจะไปทางไหน.” (ผู้บริหารระดับเขต, 05)

“คือ [อปท.] บางแห่ง ถ้าเขาเข้าใจงานสาธารณสุขดีก็โอเค แต่บางแห่งเขาไม่เข้าใจ เหมือนงบกองทุนตำบลเคยเจอบางแห่งเอาไปซื้อเก้าอี้ rivend ให้ อบต. อย่าลืมนักการเมืองพวกนายก อบต. เขามาจากชาวบ้าน เขาอาจจะยังไม่ไปสู่ตรงนั้น [การพัฒนาด้านสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพระยะยาวของประชาชน]” (ผู้บริหารระดับเขต, 05)

3) รูปแบบการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนผ่านโครงสร้างคณะกรรมการ พขอ.

ในรูปแบบนี้ มีการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองโดยการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ รวมถึงภาคประชาชน โดยใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ. หรือ DHB) เป็นกลไกในการขับเคลื่อน โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้ 1) สร้างความร่วมมือกับ อปท. หรือภาครัฐอื่นๆ ในพื้นที่เพื่อร่วมจัดการปัญหาสุขภาพตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ เพื่อดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ รวมถึงร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ 2) สร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน เช่น ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการปฐมภูมิในทุกมิติโดยมี สปสช. จ่ายค่ารักษาพยาบาลรายหัว และ/หรือประชาชนร่วมจ่ายในบางส่วน หรือการให้ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการปฐมภูมิเฉพาะการรักษาพยาบาล โดยมี สปสช. จ่ายค่ารักษาพยาบาลรายหัว และ/หรือประชาชนร่วมจ่ายในบางส่วน แต่ต้องมีการทำความร่วมมือกับ อปท. ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นอกจากนี้อาจสร้างความร่วมมือกับสถาบันส่งเสริมสุขภาพต่างๆ (เช่น

สถานทีออกกำลังกาย โภชนาการ) โดยให้ประชาชนใช้บริการได้ด้วยงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยภายใต้รูปแบบการจัดการแบบนี้ สธ. ยังคงเป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อน แต่จะมีการสร้างพันธมิตรสัญญากับองค์กรภาคีเครือข่ายอื่นๆ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบนี้จะเป็นเครื่องมือที่นำไปสู่อนาคตที่ดีของระบบสุขภาพ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพิ่มความหลากหลาย ครอบคลุม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างภาคส่วนโดยผ่านการวางยุทธศาสตร์ร่วมกัน สามารถก่อให้เกิดการวางรากฐานด้านการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ทำให้ภาคส่วนอื่น รวมถึงภาคประชาชน มีความเข้าใจในบทบาทของตนเองและบทบาทความรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วนมากยิ่งขึ้น

“District Health Board, PCC นี่มันเป็นเครื่องมือไปสู่อนาคต แต่ถามว่ามันคืออนาคตใหม่? ผมก็ว่ายังไม่ใช่ ผมว่ามันยังมีอะไร beyond กว่านี้อีก แต่ ณ วันนั้นมันคือทางที่ดีที่สุดที่จะไปอนาคตแล้ว เพราะมันคือการทำงานแบบมีส่วนร่วม และที่สำคัญกว่านั้น มันกำลังผลักดันบทบาทของการดูแลคนในเรื่องสุขภาพจากหมอไปสู่คนอื่น ซึ่งที่ผ่านมาเราไม่ยอมผลัดออกเลยนะ” (ผู้ทรงคุณวุฒิระดับนโยบาย, 02)

“ถ้าใช้เวทีการประชุมของ DHB ในการตกลงกันนะว่าจะจัดบริการตรงไหน ใครจะเป็นคนให้บริการ คือมาทำแผนจัดบริการร่วมกัน ผมคิดว่าตรงนี้จะทำให้เกิดการบริการที่ครอบคลุม และประชาชนก็สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก ส่วนคนให้บริการก็ไม่เหนื่อยเพราะรู้ว่าตัวเองอยู่ตรงส่วนไหน” (ผู้บริหารระดับพื้นที่, 01)

อย่างไรก็ตาม การทำงานร่วมกันหลายภาคส่วนอาจส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการทำงาน และภายใต้การบริหารแบบนี้ยังมีความไม่ชัดเจนด้านการจัดการการเงิน และอำนาจของคณะกรรมการ พขอ.

“ทีนี้เมื่อมันมีหลายหน่วยงาน การคุยกันแต่ละภาคส่วนก็จะยาก...จะมาเจอกันแต่ครั้งมันก็ยาก...ทำงานกันหลายๆ คน ต่างคนก็ต่างความคิด การสื่อสารภายในเครือข่าย

“ช่วยให้ทุกคนเข้าใจก็จะทำได้ยาก” (ผู้ให้บริการ, FG03)

“ตอนนี้มัน [DHB] รองรับได้ไม่ดีหรอก เพราะว่ามันยังไม่มีความชัดเจนในรูปแบบที่จะไปรองรับว่าจะทำอะไร” (ผู้บริหารระดับเขต, 07)

วิจารณ์

ในการตอบสนองต่อปัญหาท้าทายจากความเป็นสังคมเมือง การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเพื่อให้บรรลุภาพฝันของทั้งสองพื้นที่นั้น ถึงแม้ผู้รับบริการจะรู้สึกว่ามีคุณภาพพึงพอใจในบริการปฐมภูมิเขตเมืองที่ได้รับ แต่รูปแบบการจัดการระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองของทั้งสองจังหวัดในปัจจุบันก็ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพในเขตเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวเป็นรูปแบบที่เน้นการรักษาพยาบาล มีการสร้างเสริมสุขภาพแต่ยังเป็นลักษณะการตั้งรับ ซึ่งคุณภาพของบริการปฐมภูมินั้น นอกจากความพึงพอใจแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพิจารณาคุณลักษณะของระบบบริการปฐมภูมิตามที่ WHO ได้ให้คำแนะนำ ได้แก่ ความต้องการด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน การดูแลอย่างต่อเนื่องและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มากไปกว่านั้น บริการปฐมภูมิจะต้องดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับชุมชนและแสวงหาแนวทางจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงเปิดโอกาสให้ประชาชนเป็นหุ้นส่วนในการกำหนดสถานะสุขภาพของชุมชนนั้นๆ ด้วย⁽²¹⁾ นอกจากนี้ การรวมศูนย์การสั่งการโดย สธ. เป็นหลักทำให้มีการนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ยังไม่อาจสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างความเข้มแข็งของการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care)⁽²¹⁾ รูปแบบในปัจจุบันนี้อาจจะสามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพในระยะสั้นหรืองานที่เป็นลักษณะงานประจำวันต่อวันได้ แต่ในการทำงานระยะยาวไม่น่าจะสามารถตอบสนองต่อความซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ของปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังผลลัพธ์ในการจัดการที่พบว่าแนวโน้มการเข้ารับบริการการรักษายาบาลเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในเขตเทศบาล และอัตราป่วยรวมถึงอัตราตายของประชาชนล้วนแต่มีสาเหตุหลักมาจากโรคเรื้อรังซึ่งสามารถป้องกันได้ แสดงให้เห็นถึงภาวะพึ่งพาระบบบริการทางการแพทย์ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลให้ สธ. จำเป็นต้องเติมทรัพยากรทั้งในด้านบุคลากรและงบประมาณอย่างมากเข้ามาในระบบ รวมถึงยังไม่สามารถนำไปสู่การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ซึ่งนับว่าเป็นข้อจำกัดอย่างยิ่ง โดยระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ควรจะมีระบบบริการที่มุ่งเน้นการทำงานเชิงรุกในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ประชาชนในการจัดการสุขภาพของตนเอง รวมถึงการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด⁽²²⁾ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการทำงานระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

การศึกษานี้ได้เสนอทางเลือกในอุดมคติตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือการถ่ายโอนภารกิจสู่ อปท. จากการทบทวนผลลัพธ์จากการกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพสู่ อปท. ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาพบว่ามีความได้มากกว่าผลเสีย⁽²³⁾ โดยการถ่ายโอนภารกิจสู่ อปท. ทำให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่ได้ตรงสอดคล้องกับบริบท และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว การจัดสรรและใช้จ่ายงบประมาณจึงทำได้อย่างรวดเร็วและนำไปใช้ในด้านพัฒนาสุขภาพได้มากขึ้นกว่าเดิม การดำเนินการดังกล่าวจะนำไปสู่ความยั่งยืนของระบบสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจในการบริการสุขภาพ⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ วินัย ลีสมิทธิ และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย⁽²³⁾ ได้ชี้ให้เห็นว่า การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่น สามารถทำให้ อปท. เห็นความสำคัญของงานด้านสุขภาพและระบบสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการเยี่ยมบ้านมากขึ้น เนื่องจากนักการเมืองท้องถิ่นต้องตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนเพราะ

อาศัยประชาชนเป็นฐานเสียง อย่างไรก็ตาม ขึ้นอยู่กับว่าผู้บริหาร อปท. นั้นๆ จะเห็นความสำคัญด้านสุขภาพมากเพียงใด เพราะการลงทุนด้านสุขภาพต้องใช้เวลาอันจึงจะเห็นผลลัพธ์ แตกต่างจากการลงทุนด้านอื่น

แม้ว่าประเทศไทยจะมี พ.ร.บ.กำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 และ สธ. ได้ปรับปรุงแผนปฏิบัติการสำหรับขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขแล้วก็ตาม แต่การจัดการภายใต้รูปแบบนี้ยังขาดความชัดเจนจากรัฐบาลว่าจะมีทิศทางการดำเนินการอย่างไรในเชิงรูปธรรม และยังคงขาดความชัดเจนเรื่องบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบระหว่าง สธ. และ อปท. ว่าใครควรจะต้องแสดงบทบาทอะไร มากน้อยเพียงใด ซึ่งผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าการที่จะมอบภารกิจดังกล่าวให้ อปท. จำเป็นจะต้องคำนึงถึงศักยภาพและความพร้อมของ อปท. ด้วย และสิ่งสำคัญก็คือต้องพิจารณาว่าจะแบ่งปันหรือแบ่งบทบาทภารกิจกันอย่างไร^(23,25) ทั้งนี้ผู้บริหาร กลุ่มวิชาชีพต่างๆ รวมถึงประชาชนยังไม่มั่นใจถึงความสามารถและมาตรฐานในการจัดบริการสุขภาพของอปท. และมีความกังวลเรื่องความก้าวหน้าและความมั่นคงของบุคลากรที่จะไปทำงานภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ^(23,26) นอกจากนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรู้สึกไม่มั่นใจเกี่ยวกับวิสัยทัศน์ ความเข้าใจและความตั้งใจของนักการเมืองท้องถิ่นในด้านการพัฒนาสุขภาพ โดยบทเรียนในบางประเทศแสดงให้เห็นว่า อปท. นำงบประมาณด้านสุขภาพไปใช้ในการสร้างสิ่งปลูกสร้างจนทำให้เกิดความเสียหายในด้านการควบคุมป้องกันโรค⁽²³⁻²⁸⁾ และอาจพบปัญหาในการบริหารจัดการระบบฯ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า อปท. ขนาดเล็กหลายแห่งประสบปัญหาด้านการบริหารจัดการและการจัดการการเงิน รวมถึงการนำงบประมาณกว่าครึ่งไปใช้เป็นการจ่ายบุคลากร ทำให้งบประมาณด้านการพัฒนาสุขภาพไม่เพียงพอ จึงมองเห็นได้ชัดว่าในปัจจุบันนั้น อปท. ส่วนใหญ่ยังไม่มีความพร้อมในการจัดการบริการสุขภาพฯ โดยเรื่องสุขภาพมักเป็น

เรื่องสุดท้ายที่ อปท. ให้ความสำคัญ⁽²³⁾ งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า แม้ว่าทางเลือกนี้จะได้รับความเห็นจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นรูปแบบในอุดมคติที่เหมาะสมในการสร้างความยั่งยืนให้กับระบบบริการปฐมภูมิและทำให้ประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพและสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่น่าจะเป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นในอนาคตอันไกล เนื่องจากปัญหาในเรื่องของความไม่ชัดเจนของทิศทางการกระจายอำนาจของรัฐบาล รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังไม่มีความมั่นใจในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของ อปท. ดังที่นำเสนอข้างต้น

การศึกษานี้เสนอว่าแนวทางที่เหมาะสมที่สุดในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองคือรูปแบบการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ผ่านคณะกรรมการ พชอ. เพื่อที่จะสามารถจัดการปัญหาสุขภาพเขตเมืองที่เกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพและสังคมเมืองที่มีความซับซ้อนและเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกันได้ โดยแนวทางการสร้างภาคีเครือข่ายนี้เป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิตามแนวทางของ WHO ซึ่งจะเพิ่มความตระหนักสร้างการมีผลประโยชน์ร่วมกันจากการมีประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ^(21,29) และทางเลือกนี้จะสามารถก่อให้เกิดการวางรากฐานด้านการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่จะทำให้ภาคส่วนอื่นทั้ง อปท. ภาคเอกชน ภาครัฐอื่น ๆ รวมถึงภาคประชาชนมีความเข้าใจบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วนมากยิ่งขึ้น⁽³⁰⁾ โดยภายใต้รูปแบบการจัดการแบบนี้ สธ. จะยังคงเป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อน แต่จะมีการสร้างพันธมิตรสุขภาพกับองค์กรภาคีเครือข่ายอื่นๆ เพื่อผลักดันไปสู่การจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนในอนาคต โดยเป็นรูปแบบการบริหารจัดการที่น่าจะสามารถพัฒนาเพื่อนำไปสู่การรองรับการทำงานในลักษณะการกระจายอำนาจไปสู่ อปท. ในอนาคตได้ด้วย โดยการทำงานภายใต้รูปแบบการจัดการนี้ ถูกคาดหวังว่าจะเป็นรูปแบบที่สามารถก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนในการร่วมวางแผนและร่วมจัดบริการสุขภาพ รวมถึงประสานแผนงบประมาณ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

และระบบข้อมูลสารสนเทศที่จะใช้ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางนี้สอดคล้องกับหลักการการอภิบาลระบบสุขภาพที่ต้องคำนึงถึงการบูรณาการการทำงานและการเรียนรู้ข้ามสาขา ข้ามภาคส่วน ทั้งในและนอกระบบสุขภาพ ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนา รวมถึงการกระจายทรัพยากรให้ภาคส่วนอื่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารมากขึ้น โดยที่รัฐบาลส่วนกลางเป็นผู้สนับสนุนเท่านั้น⁽³¹⁾ และสอดคล้องกับหลักการการสาธารณสุขมูลฐาน ในการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน (intersectoral collaboration) ซึ่งเป็นหนึ่งในหลักการสำคัญในการทำให้เกิดความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิอย่างยั่งยืน⁽³²⁾ รวมถึงแนวคิดการดูแลแบบผสมผสานที่เป็นมาตรฐานการให้บริการของกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการปฐมภูมิ⁽⁶⁾

นอกจากนี้ ในปัจจุบันยังมีแรงเสริมจากรัฐบาลในการสร้างความชัดเจนให้แก่การทำงานของคณะกรรมการ พขอ. โดยมีการประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งมีหลักการสำคัญคือการมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่⁽¹¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับแผนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ตามนโยบายการปฏิรูปประเทศ พ.ศ. 2561 ที่ต้องการเปลี่ยนฐานของระบบบริการจาก “โรงพยาบาลเป็นฐาน” เป็น “พื้นที่เป็นฐาน” โดยกำหนดให้มี “คณะกรรมการสุขภาพพื้นที่อำเภอ (district/local health board)” เน้นระบบการพัฒนาเครือข่ายที่มีทีมผู้ให้บริการสหวิชาชีพ (matrix team) และบริการ เป็นกลไกขับเคลื่อนหลัก มีกลไกการเงินที่พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะพื้นที่ และพัฒนาระบบข้อมูลที่มีการเชื่อมโยงกันทั้งระบบ⁽³³⁾

อย่างไรก็ตาม ในการทำงานภายใต้รูปแบบนี้ พบว่าผู้เกี่ยวข้องยังมีความไม่มั่นใจเกี่ยวกับความชัดเจนในเรื่องอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการใช้งบประมาณและระเบียบปฏิบัติว่าจะให้

ดำเนินการตามระเบียบของกระทรวงใด เนื่องจากมีการทำงานระหว่างหน่วยงานซึ่งต่างสังกัดกัน และมีวัฒนธรรมการทำงานที่แตกต่างกัน โดย Anaf J et al.⁽³⁰⁾ ชี้ให้เห็นว่าปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลต่อความล่าช้าในการทำงาน นอกจากนี้การทำงานร่วมกันหลายภาคส่วนนี้จำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน สร้างความตระหนักและความชัดเจนในบทบาทของแต่ละภาคส่วน พัฒนาการใช้ข้อมูลร่วมกัน พัฒนาศักยภาพทีมงานรวมถึงการทำงานร่วมกันของภาคี วางแผนการใช้งบประมาณและตรวจสอบการทำงานในระยะยาว^(26,34)

ข้อยุติ

ผลการสังเคราะห์ทั้ง 3 ทางเลือกชี้ให้เห็นว่ารูปแบบปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบในอุดมคติของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือการถ่ายโอนภารกิจสู่ อปท. เนื่องจาก อปท. ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีความเข้าใจปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ตรงบริบท อย่างไรก็ตามยังขาดความชัดเจนเชิงนโยบายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจ รวมถึงความพร้อมในเชิงความรู้และการบริหารจัดการ งานวิจัยนี้จึงสรุปว่า รูปแบบการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนผ่านโครงสร้างคณะกรรมการ พขอ. เป็นทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดในระยะเปลี่ยนผ่านของการกระจายอำนาจ เพราะสามารถสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเรียนรู้และมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง ทำให้มีความเข้าใจในบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วนมากยิ่งขึ้นและเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน และการส่งมอบภารกิจสู่ อปท. ในอนาคต

การศึกษานี้พบข้อจำกัดในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมงานวิจัยซึ่งเป็นไปโดยความสมัครใจภายใต้การแนะนำของผู้ร่วมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งอาจจะส่งผลต่อจำนวนและประเภทของผู้ให้ข้อมูลที่อาจจะไม่สามารถสะท้อนผลการศึกษาไปสู่ประชากรทั่วไปได้ นอกจากนี้ขอบเขตของการ

ศึกษานี้เน้นการพิจารณาทางเลือกการจัดการระบบฯ ตามข้อคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งยังขาดการสังเคราะห์นโยบายที่สามารถเชื่อมโยงไปถึงสถานะสุขภาพของประชาชน และมีข้อจำกัดในการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ คือมีความไม่สอดคล้องกันของข้อมูลระหว่างฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน เช่น ฐานข้อมูลคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ (management information system) รายงานประจำปีของพื้นที่ อย่างไรก็ตาม นักวิจัยพยายามใช้แนวทางการมีส่วนร่วมและการยืนยันข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากนักวิจัย

เพื่อให้เกิดการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองบรรลุภาพฝันดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น คณะนักวิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังต่อไปนี้

1) สธ. ควรเร่งรัดให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการปฐมภูมิในเขตเมืองภายใต้นโยบาย PCC (effective urban PCC) โดยเร่งพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่มีการบูรณาการทักษะด้านเวชศาสตร์ป้องกัน (preventive medicine) และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนให้ได้ตามมาตรฐาน

โดย สธ. ควรเร่งพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) ให้สามารถให้บริการตามหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เขตเมือง (โดยมีประเภทและจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนประชากรและภาระงาน) ไม่ใช่การให้บริการปฐมภูมิในลักษณะ extended OPD แบบเดิมนอกจากนี้ สธ. ควรเร่งการผลิตและพัฒนาพยาบาลปฐมภูมิ (primary care nurse) และพัฒนาให้เป็น case manager ในการให้บริการปฐมภูมิเขตเมืองโดยมุ่งเน้นการตอบสนองต่อปัญหาโรคเรื้อรังและรองรับปัญหาสุขภาพของสังคมผู้สูงอายุในเขตเมือง

2) สธ. ควรสนับสนุนให้เกิดการจัดการระบบบริการปฐมภูมิในระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม โดยกำหนดให้พื้นที่เขต

เมืองดำเนินการจัดตั้งกลไกอภิบาลระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง (commissioning governance) แบบมีส่วนร่วม ทำหน้าที่ในการกำหนดให้ (commission) หน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมืองให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ โดยใช้แนวทางของกลไกภาครัฐ โดยมีภาคีที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ให้บริการ ผู้ซื้อบริการ อปท. และประชาชน โดยให้ฝ่ายเวชกรรมสังคมของ รพศ. หรือ รพท. และ อปท. เป็นเลขานุการร่วมเป็นกลไกที่รับผิดชอบด้านการเงินการคลังสุขภาพของเขตเมือง ร่วมทำงานควบคู่ไปกับคณะกรรมการ พชอ. ซึ่งจะเป็นกลไกในเชิงนโยบาย (policy body)

3) สธ. ควรเร่งสร้างความชัดเจนในเรื่องบทบาทของ สธ. และ อปท. ที่อยู่ในเขตเมือง และแผนการพัฒนาร่วมกันระหว่างหน่วยงานของ สธ. และ อปท. เขตเมือง เพื่อเตรียมการรองรับการกระจายอำนาจและภารกิจสู่ อปท. ในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงการจัดการจากนักวิจัย

1) สธ. ควรเร่งดำเนินการให้พื้นที่เขตเมืองมีการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของสังคมผู้สูงอายุ (aging society) และการตอบสนองต่อปัญหาโรคเรื้อรัง (NCDs) และจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

2) ด้านการพัฒนากำลังคน อปท. ซึ่งจะเป็นผู้รับถ่ายโอนภารกิจในอนาคตควรมีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจ มีการปฏิบัติร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น และพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ

3) ด้านการจัดการงบประมาณ พบว่ามีความเข้าใจในเกณฑ์การใช้งบประมาณที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ตรวจสอบงบประมาณ จึงควรมีการพัฒนามาตรฐานและแนวทางในการใช้จ่ายงบประมาณ โดยเฉพาะงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพ

4) การจัดการของ อปท. ที่ผ่านมานั้น ให้ความ

สำคัญต่อการสาธารณสุขเป็นเรื่องรอง ดังนั้น จึงควรมีการเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขเพื่อการจัดการกระจายทรัพยากรได้ตรงตามเป้าประสงค์ โดย สธ. สปสช. และ สสส. ควรสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งกองทุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเขตเมืองบริหารโดยภาคีซึ่งมีลักษณะการทำงานในลักษณะของหุ้นส่วน (partnership)

ข้อเสนอแนะในการกำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงการดำเนินงานตามรูปแบบในอุดมคติในพื้นที่ที่มีการพัฒนาสูงเพื่อเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นๆ
- 2) ควรมีการสังเคราะห์นโยบายและเชื่อมโยงกับสถานะสุขภาพของประชาชนนอกเหนือจากการวิเคราะห์จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติในการพิจารณาทางเลือกของการจัดการฯ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะสำคัญเกี่ยวกับงานวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณคณะวิทยากร คณะกรรมการ พชอ. อ.เมือง จ.นครสวรรค์ และ จ.กำแพงเพชร ผู้บริหารนโยบายระดับชาติ ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 3 และผู้บริหารในพื้นที่ ผู้อำนวยการ และผู้ประสานงานจาก รพ.สวรรค์ประชารักษ์ และ รพ.กำแพงเพชร ประธานหอการค้าจังหวัดนครสวรรค์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงงานวิจัยที่เป็นประโยชน์

References

1. World Health Organization. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings Switzerland: World Health Organization; 2010. 126 p.
2. World Health Organization. Urbanization and health. Bulletin of the World Health Organization 2010;88:241-320.
3. Moore M, Gould P, Keary BS. Global urbanization and impact on health. International Journal of Hygiene and Environmental Health 2003;206(4-5):269-78.
4. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thailand population in 2016. Mahidol Population Gazette 2016; 25. (in Thai)
5. Thailand National Health Commission Office. 8th National Health Assembly: urban health system: participatory development of health service systems 2015. Section 3. p. 1-3. [Internet] 2018 [cited 15 June 2018]. Available from: <https://www.samatcha.org/.../files/document/0803-Res-8-3.pdf>. (in Thai)
6. Grone O, Garcia-Barbero. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. International J Integr Care 2001;1:e21.
7. Vasan A, Ellner A, Lawn SD, Gove S, Anatole M, Gupta N, et al. Integrated care as a means to improve primary care delivery for adults and adolescents in the developing world: a critical analysis of Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI). BMC medicine 2014;12:6.
8. Office of the Permanent Secretary for Public Health. Primary Care Cluster practice guideline for health care units. Bangkok: Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2016. (in Thai)
9. Ministry of Digital Economy and Society. (Draft) Primary Care System Act year.... [Internet] 2017 [cited 15 January 2017]. Available from: <http://www.lawamendment.go.th/index.php/laws-department/item/1115-2017-08-08-02-54-41>. (in Thai)
10. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (Draft) District Health Board. Nonthaburi: The Graphico Systems; 2017. (in Thai)
11. Prime Minister's Office. Regulations of the Office of the Prime Minister on Improving the Quality of Life at Local Level 2018 In: Government Gazette 2018;135(54): p. 1-7. (in Thai)
12. World Health Organization. Integrated care model: an overview: World Health Organization Europe; 2016.42. p. 3-4
13. Leesmidt V, Chunharas S. The Appropriate roles of the Ministry of Public Health within health care decentralization. (Report). Nonthaburi: Health Systems Research Institute. 2010. (in Thai)
14. Thai PBS News. The worrying of transferring health centers to local governments. [Internet]. 2018 [cited 15 June



- 2018]. Available from: <https://news.thaipbs.or.th/content/272584>. (in Thai)
15. Mueang Nakhon Sawan District Health Board. Quality of life and health system development plan (2017-2018). 2017.
 16. Health Region 3. Basic Health Status Indicators [Internet] 2017 [cited 15 December 2018]. Available from: <http://203.157.114.24/region3.mis/index.php>. (in Thai)
 17. Sharma V, Stranieri A, Burstein F, Warren J, Daly S, Patterson L, et al. Group decision making in health care: a case study of multidisciplinary meetings. *Journal of Decision Systems* 2016;25(sup1):476-85.
 18. Vahdat S, Hamzehgardeshi L, Hessam S, Hamzehgardeshi Z. Patient involvement in health care decision making: a review. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014;16(1):e12454.
 19. Sriratanaban J, Leerapan B, Talungchit P, Laoitti P, Chuayruang K. The analysis of options for health screening system in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016. (in Thai)
 20. Thailand Health Data Center. The use of health service. [Internet]. 2016 [cited 15 January 2017]. Available from: https://hdc_service.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. (in Thai)
 21. World Health Organization. The world health report 2007: primary health care now more than ever. Geneva, Switzerland: WHO; 2007. 148. p. 22.
 22. Yamabhai I, Kumluang S, Kumdee C, Youngkong S, Pilasant S, Werayingyong P, et al. Thailand Future Health System in 2033. *Journal of Health Systems Research* 2016;10(3):201-14.
 23. Leesmidt V, Pannarunothai S. Appropriate Roles and Options of the Ministry of Public Health After 10 Years of Health Care Decentralization. *Journal of Health Systems Research* 2016;10(3):262-76.
 24. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Decentralization in health care strategic and outcomes. United Kingdom: Bell & Bain Ltd, Glasgow; 2007. 326 p.
 25. Collins C, Araujo J, Barbosa J. Decentralizing the health sector: issues in Brazil. *Health Policy* 2000;52:113-27.
 26. Vargas I, Mogollon-Perez AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vazquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy and Planning* 2016;31(6):736-48.
 27. Bossert T, Beauvais JC. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning* 2002;17(1):14-31.
 28. Lariosa TR, Mantala MJ, Lorenzo ME. The effect of devolution on the national Tuberculosis control program: Philippine case studies. Manila: University of Philippines; 1999.
 29. World Health Organization. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO framework for action. Geneva, Switzerland: WHO; 2007. 56 p.
 30. Anaf J, Baum F, Freeman T, Labonte R, Javanparast S, Jolley G, et al. Factors shaping intersectoral action in primary health care services. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2014;38(6):553-9.
 31. The National Health Commission Office. The constitution on national health system under the National Health Act In: *Gazette Government*, editor. 2016;133(284): p. 11-79. (in Thai)
 32. World Health Organization. The Declaration of Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care; Alma-Ata*, 1978.
 33. Prime Minister's Office. Regulations of the Office of the Prime Minister on Thailand Public Health Reform 2018 In: *Government Gazette* 2018;135(24): p. 1-157. (in Thai)
 34. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health* 2015;37(4):716-27.

รูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคกับผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ

จิตติ วิสัยพรหม*

วิทธวัช พันธุมงคล*

วิลักษณ์ แสงศรี*

ผู้รับผิดชอบบทความ: วิทธวัช พันธุมงคล

บทคัดย่อ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (กองทุน P&P) โดยมีเป้าหมายเพื่อบริหารงบประมาณสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้ การดำเนินงานด้าน P&P ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันนั้น มีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการงบประมาณเรื่อยมา การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการ P&P ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสีย รวมทั้งผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ในรูปแบบต่างๆ โดยใช้วิธีทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา (narrative review) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากการสืบค้นฐานข้อมูลด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีการศึกษาที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าทั้งสิ้น 12 เรื่อง และยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาอีกจำนวนหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า มีรูปแบบการจ่ายค่าบริการ P&P 5 รูปแบบ ได้แก่ (1) การจ่ายค่าตอบแทนตามรายบริการ (2) การจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว (3) การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (4) การจ่ายค่าตอบแทนเป็นวงเงินแบบมีเพดานและการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการตามเงินเดือน และ (5) การจ่ายแบบผสมผสาน นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ได้เป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ปริมาณและคุณภาพของบริการ ผู้ให้บริการเห็นยวนำความต้องการในการรับบริการ และการเลือกผู้รับบริการ โดยรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P แต่ละรูปแบบนั้นมีความเหมาะสมกับบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค อีกทั้งยังมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้สำหรับประเทศไทยการใช้รูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P แบบผสมผสานอาจมีความเหมาะสมมากที่สุด เนื่องจากสามารถนำข้อดีของการจ่ายค่าบริการรูปแบบอื่นๆ มาปรับใช้ได้ รวมทั้งเหมาะสำหรับการให้บริการด้าน P&P ทุกรูปแบบ อย่างไรก็ตาม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของบริการด้าน P&P ที่มีอยู่ด้วย

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, รูปแบบการจ่ายค่าบริการ, ระบบบริการสุขภาพ

Health Promotion and Diseases Prevention Payment Mechanism and Its Effects

Jitti Wisaiprom, Witthawat Pantumongkol, Wilailak Saengsri

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Ministry of Public Health

Corresponding author: Witthawat Pantumongkol, witthawat.p@hitap.net

Abstract

National Health Security Office (NHSO) has established health promotion and diseases prevention fund (P&P fund) with the primary intention of appropriately managing the P&P budget. However, P&P

* โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

management approach has been changed over the years. This study reviews relevant literature, using narrative and systematic review approaches, on P&P payment mechanisms published in both domestic and international journals. Furthermore, this paper analyses strengths and weaknesses of each P&P payment mechanism. A total of 12 studies were identified for inclusion in the systematic review. Moreover, other studies gathered by narrative literature review were also included into the analysis. The results showed that P&P payment mechanisms can be categorized into five groups including fee-schedule, capitation, pay-for-performance (P4P), global budget, and a blended payment method. The plausible outcomes of each payment mechanisms can be divided into three groups: volume and quality of P&P, supplier-induced demand, and risk selection. Each payment mechanism has its own strengths and weaknesses and is appropriate for different types of P&P services. For Thailand, a blended payment method may be the most appropriate mechanism for all P&P services as it naturally combines the potential benefits of each traditional payment mechanism. However, there should definitely be the consideration of the appropriateness of the list of existing P&P services.

Keywords: health promotion and disease prevention, payment mechanisms, health services system

ภูมิหลังและเหตุผล

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (health promotion and disease prevention: P&P) เป็นงานที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขภายใต้หลักการของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในประเทศไทยนั้น ได้มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคระดับบุคคลภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ครอบคลุมมาตรการและกิจกรรมสำหรับประชาชนไทยทุกคน รวมถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น กลุ่มเด็กแรกเกิดจนถึง 5 ปี กลุ่มหญิงมีครรภ์ และมารดาที่ติดเชื้อ HIV⁽¹⁾

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (กองทุน P&P) โดยมีเป้าหมายในการบริหารงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545⁽²⁾ การดำเนินงานด้าน P&P ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันนั้นมีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการงบประมาณเรื่อยมา โดยในระยะแรก ช่วงปี พ.ศ. 2547 กองทุน P&P จำแนกงบประมาณออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ (1) กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่บริหารจัดการโดยส่วนกลาง (vertical programs) (2)

บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในหน่วยบริการ (facility-based services) (3) บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในชุมชน (community-based services) และ (4) บริการอื่นๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งแม้ว่าการออกแบบระบบการบริหารจัดการจะมีความยืดหยุ่นและเปิดโอกาสให้พื้นที่สร้างสรรค์กิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่จัดในชุมชน แต่ปัญหาที่พบก็คือ จำนวนโครงการที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยส่งเข้ามาของงบประมาณมีน้อยมาก อาจเป็นเพราะขาดแรงจูงใจในการเขียนโครงการเนื่องจากการเพิ่มงานประจำของตน^(3,4)

ปี พ.ศ. 2549 สปสช. ได้เข้ามาบริหารจัดการงบประมาณด้าน P&P ทั้งหมด ในขณะที่บทบาทของการบริหารจัดการงบประมาณสำหรับหน่วยบริการส่วนใหญ่ยังคงเป็นของกระทรวงสาธารณสุข ระยะนี้พบว่าเกิดความไม่ชัดเจนในบทบาทที่เกี่ยวกับงาน P&P ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ในด้านการวางแผนและการบริหารจัดการงาน P&P รวมทั้งระดับชุมชนก็มีความหลากหลายในการดำเนินงาน⁽⁵⁾ นอกจากนี้ แม้ว่าการบริหารจัดการกองทุนแบบโครงการแนวตั้ง (vertical program) จะสามารถกระตุ้นการทำงานในระดับจังหวัดได้ดี แต่ก็ก็มี

ข้อจำกัดในการบริหารจัดการบางพื้นที่ ที่อาจเกิดความขัดแย้งในระดับบุคคลกับองค์กร⁽⁵⁾ เช่น คนทำงานเลิกทำงานที่ได้รับค่าตอบแทนจากการจ่ายตรงจากส่วนกลางมากกว่าการทำงานอื่นที่ได้รับมอบหมายจากจังหวัดซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทน ในปี พ.ศ. 2551 สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกันบริหารจัดการงบประมาณด้าน P&P มีการปรับการบริหารจัดการใหม่เพื่อกระตุ้นให้พื้นที่วางแผน ดำเนินงานและติดตามประเมินผลด้วยตนเอง แต่ก็ยังพบว่าการบริหารงบประมาณระดับพื้นที่เป็นเพียงการทำตามนโยบายที่กำหนดเท่านั้น⁽⁶⁾ ขณะที่ผู้บริหารระดับจังหวัดบางแห่งได้ปรับการบริหารจัดการงบประมาณสำหรับบริการการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่จัดในชุมชน โดยกำหนดสัดส่วนสำหรับใช้จ่ายเพื่อจัดกิจกรรม P&P ตามตัวชี้วัดที่ส่วนกลางกำหนด และสัดส่วนสำหรับนำไปใช้จ่ายเพื่อการรักษา (เช่น ซึ้อยา)⁽⁷⁾

ปีงบประมาณ 2560 สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ให้โดยตรงแก่ประชาชนไทยทุกคน จำนวน 301.88 บาท ต่อหนึ่งหัวประชากร โดยจำแนกการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็น 5 ประเภท ได้แก่ (1) การสนับสนุนการจัดหายา เวชภัณฑ์ที่มีไซยาและวัสดุต่างๆ ให้แก่สถานพยาบาลเพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำคัญของประเทศ โดยสนับสนุนงบประมาณจำนวน 30 บาทต่อคน (2) การสนับสนุนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยสนับสนุนงบประมาณจำนวน 45 บาทต่อคน (3) การสนับสนุนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ในระดับเขต/จังหวัด เพื่อให้สถานบริการจัดบริการที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาของพื้นที่ในระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยสนับสนุนงบประมาณ

จำนวน 4 บาทต่อคน (4) การสนับสนุนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน เพื่อให้ประชาชนทุกสิทธิเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุมมากขึ้น โดยสนับสนุนงบประมาณจำนวน 212.88 บาทต่อคน และ (5) การสนับสนุนบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยสนับสนุนงบประมาณจำนวน 10 บาทต่อคน เพื่อบริหารจัดการร่วมกับบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

การจัดสรรงบประมาณและการใช้รูปแบบการจ่ายค่าชดเชยบริการที่แตกต่างกันทำให้หน่วยบริการในระดับต่างๆ มีโอกาสได้วางแผนและดำเนินงาน P&P ตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของงาน P&P ในภาพรวม เนื่องจากรูปแบบของการบริหารจัดการงบประมาณที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาทำให้ยากแก่การบริหารจัดการ อีกทั้งหน่วยบริการยังคงนำงบประมาณ P&P เข้าไปรวมกับงบประมาณส่วนอื่น⁽⁸⁾ นอกจากนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบยังมีข้อสงสัยถึงความเหมาะสมของการบริหารจัดการงบประมาณ P&P ในปัจจุบัน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการ P&P ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสีย รวมทั้งผลลัพธ์ของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ในรูปแบบต่างๆ และแนวทางที่เหมาะสมในการจ่ายค่าบริการ P&P ของประเทศไทย

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ที่ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2543-2560 โดยใช้การทบทวนวรรณกรรม 2 รูปแบบ ได้แก่ (1) การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา (narrative review) เกี่ยวกับรูปแบบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P จากเอกสารที่เป็นนโยบาย กฎหมาย รายงานการวิจัย และรายงานโครงการที่เกี่ยวข้อง และ (2) การทบทวน

วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ดำเนินการในระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคมถึง 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 โดยมีผู้ทบทวน 2 คน ทำการทบทวนอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยสืบค้นการศึกษาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2016 จากฐานข้อมูล Pubmed และ Embase และใช้คำในการสืบค้น (keywords) คือ “Provider” OR “Health Care Provider” AND “Health Care Financing” OR “Payment mechanism [Mesh]” OR “Payment system [Mesh]” OR “Preventive Health Services” OR “Health Promotion [Mesh]” AND “Health Care provider behavior” OR “effectiveness”

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับกลไก/วิธีการ/รูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P
- 2) ผลลัพธ์ของการศึกษาต้องวัดในรูปผลกระทบจากรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับกลไก/วิธีการ/รูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P
- 2) ไม่ได้วัดผลลัพธ์ในรูปผลกระทบจากรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P
- 3) ไม่สามารถเข้าถึงการศึกษาระดับเต็มได้

ผลการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาเกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P มีผลการศึกษาดังนี้

1. รูปแบบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาเกี่ยวกับรูป

แบบของการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค พบว่าสามารถจำแนกรูปแบบการจ่ายค่าบริการฯ ได้ 5 รูปแบบ ดังนี้

1) การจ่ายค่าตอบแทนตามบริการ (fee-for-service: FFS) คือ การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการตามกิจกรรมที่ให้บริการจริง⁽⁹⁾ เช่น การให้คำปรึกษา การตรวจรักษาพยาบาล การจ่ายค่าตามชนิดและจำนวนของยาที่สั่งจ่าย โดยอาจกำหนดอัตรากลาง (fee schedule) สำหรับบางรายการบริการ เช่น ค่ายา ค่าตรวจเลือด ค่าตรวจปัสสาวะ ค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนจะถูกจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย ผู้ให้บริการจะได้รับค่าตอบแทนสำหรับการให้บริการแต่ละรายการ ดังนั้นจึงมีแรงจูงใจที่จะเพิ่มปริมาณบริการเพื่อสร้างรายได้ให้มากที่สุด อย่างไรก็ตาม บุคลากรสาธารณสุขจะต้องเก็บรวบรวมรายละเอียดปริมาณและประเภทของบริการที่เกิดขึ้นและรายงานแก่หน่วยงานต้นสังกัดเป็นระยะ ซึ่งจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการค่อนข้างสูง⁽¹⁰⁾

2) การจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation payment: CAP) คือ การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลในการบริการตามสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรครายบุคคล โดยไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนบริการด้านสุขภาพที่ผู้ขึ้นทะเบียนได้รับ ผู้ให้บริการจะได้รับค่าตอบแทนในอัตราที่คงที่ตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลของตน อัตราการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัวจะถูกกำหนดล่วงหน้าและการจ่ายค่าบริการมักจะเป็นการจ่ายล่วงหน้าเช่นกัน⁽¹¹⁾

3) การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (pay for performance: P4P) เป็นการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการที่แปรผันตามผลการปฏิบัติงานทั้งด้านปริมาณและด้านคุณภาพโดยยึดหลักความเป็นธรรม⁽¹²⁾ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ ลดการให้บริการที่มีราคาสูงโดยไม่จำเป็น และเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้รับบริการ⁽¹³⁾ แนวคิดของ

การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานได้ถูกนำไปใช้ในหลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร (United Kingdom: UK) ที่ใช้การจ่ายค่าตอบแทนรูปแบบดังกล่าวในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เรียกว่า Quality and Outcome Framework (QOF)⁽¹⁴⁾

4) การจ่ายค่าตอบแทนเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (global budget: GB) และจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการตามเงินเดือน เป็นวิธีที่นิยมใช้ในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพให้แก่ผู้ให้บริการ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทุกด้าน โดยผู้ให้บริการเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการงบประมาณ และได้รับค่าตอบแทนตามจำนวนชั่วโมงที่ทำงานจริงโดยไม่คำนึงถึงปริมาณบริการ คุณภาพบริการ หรือจำนวนผู้รับบริการ ส่งผลให้สถานพยาบาลที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรูปแบบนี้มีการควบคุมต้นทุนบริการ และผู้ให้บริการมักไม่มีแรงจูงใจในการดึงดูดผู้ขึ้นทะเบียนรายใหม่หรือให้บริการในปริมาณที่เหมาะสม⁽¹⁵⁾

5) การจ่ายแบบผสมผสาน (blended payment methods) อาจหมายถึงการจ่ายค่าตอบแทนหรือค่าบริการสุขภาพหลายรูปแบบให้แก่ผู้ให้บริการปฐมภูมิหลายกลุ่ม หรือ ผู้ให้บริการปฐมภูมิรายเดียวได้รับค่าตอบแทนหลายรูปแบบจากผู้ซื้อบริการหลายกลุ่ม⁽¹⁶⁾ การจ่ายค่าตอบแทนแบบผสมผสานมีวัตถุประสงค์เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของผู้ให้บริการที่เกิดจากการจ่ายค่าตอบแทนแบบดั้งเดิมเดียว⁽¹⁷⁾ เช่น ปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ คุณภาพของบริการที่แตกต่างกันของผู้ให้บริการในหลายพื้นที่ การจ่ายรูปแบบนี้มักถูกใช้ในพื้นที่ที่พบช่องโหว่ของการมีอยู่ของบริการสุขภาพ (service availability) เช่น บริการสุขภาพสำหรับประชากรพื้นเมือง (indigenous population) และบริการสุขภาพบางรายการสำหรับประชากรในพื้นที่ชนบท การจ่ายค่าบริการแบบผสมผสานถูกนำมาใช้ในการให้บริการปฐมภูมิในหลายประเทศ เช่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และแคนาดา⁽¹⁸⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนายังพบว่า

การจ่ายค่าบริการด้าน P&P แต่ละรูปแบบมีข้อดีและข้อเสีย โดยสามารถจำแนกได้ดังตารางที่ 1

2. ผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบด้วยการสืบค้นฐานข้อมูลในแหล่งข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ พบการศึกษาทั้งหมด 1,428 เรื่อง เมื่อพิจารณาจากบทคัดย่อและบทความฉบับเต็มแล้ว พบว่ามีการศึกษาที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าทั้งสิ้น 12 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาของต่างประเทศทั้งหมด ประกอบด้วย อังกฤษ นอร์เวย์ ฝรั่งเศส โปรตุเกส สหรัฐอเมริกา และแคนาดา (เอกสารอ้างอิงหมายเลข 23–31 และ 33–35) การศึกษาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า เนื่องจาก (1) การซ้ำกันระหว่างฐานข้อมูลจำนวน 48 เรื่อง (2) ไม่ได้เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 62 เรื่อง (3) ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P จำนวน 1,070 เรื่อง (4) ไม่ได้วัดผลลัพธ์ที่เกิดจากรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P จำนวน 38 เรื่อง (5) ไม่สามารถเข้าถึงการศึกษาฉบับเต็มได้ จำนวน 15 เรื่อง และ (6) ไม่ได้ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 182 เรื่อง (ภาพที่ 1)

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านการคัดเลือกสามารถจำแนกผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ได้เป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ปริมาณและคุณภาพของบริการ ผู้ให้บริการเหนียวนำความต้องการในการรับบริการ และการเลือกผู้รับบริการ

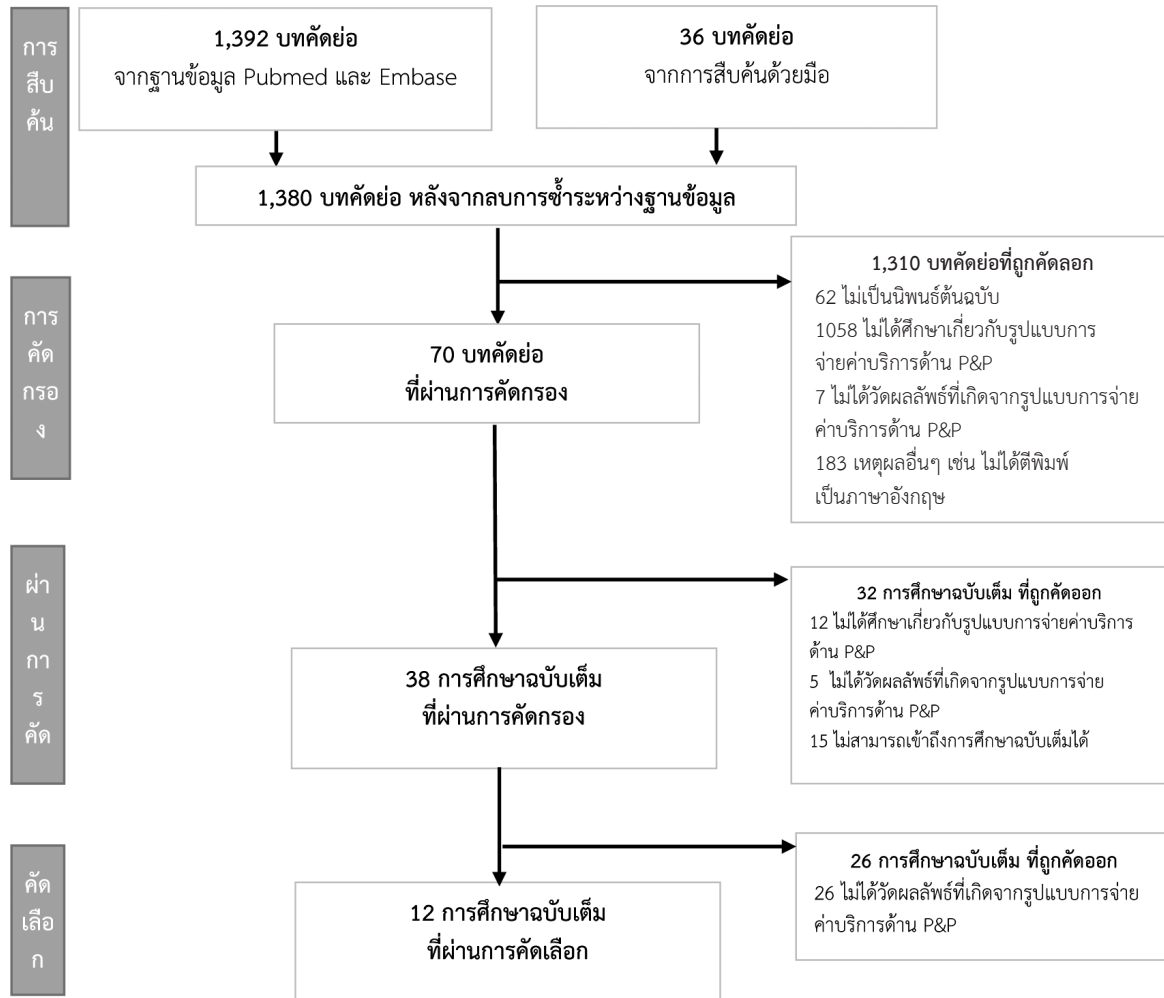
1) ปริมาณและคุณภาพของบริการ (volume and quality of service)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการจ่ายค่าบริการที่หลากหลายกับปริมาณบริการและการส่งต่อของการจ่ายค่าบริการแบบ FFS เกี่ยวข้องกับการเพิ่มปริมาณการบริการ โดย Sorensen และ Grytten (2003) พบว่า การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการแบบ FFS ร่วมกับการจัดสรรเงินอุดหนุนทั่วไป (block grant) ส่งผลให้



ตารางที่ 1 ข้อดีและข้อเสียของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P

รูปแบบการจ่าย	ข้อดี	ข้อเสีย
แบบตามบริการ (FFS)	<ul style="list-style-type: none"> • ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ดี • ผู้ให้บริการได้รับผลตอบแทนตามผลงานที่ตนทำ • ผู้มีสิทธิ์มักจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ • ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูงไม่ถูกกีดกันจากการบริการ • ผู้ที่มีสิทธิ์สามารถเปลี่ยนผู้ให้บริการได้ง่ายกว่าผู้ให้บริการในระบบการเหมาจ่ายรายหัว⁽¹⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้บริการอาจให้บริการที่ไม่สมเหตุสมผล • อาจเกิดการเหนียวนาให้เกิดการใช้บริการสุขภาพโดยผู้ให้บริการ (supplier-induced demand) • มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดภาวะเงินเฟ้อทางการแพทย์⁽¹⁵⁾ • ทำให้เกิดภาวะทางด้านการบริหาร⁽¹⁹⁾
แบบเหมาจ่ายรายหัว (CAP)	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้รับบริการมักจะได้รับบริการดูแลจากผู้ให้บริการคนเดียวเสมอ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการค่อนข้างดี • ผู้รับบริการจะได้รับบริการที่จำเป็นเท่านั้นทำให้เกิดการบริการที่ไม่สมเหตุสมผล • ง่ายต่อการบริหารจัดการ⁽¹⁹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูงมักจะถูกกีดกันจากการขึ้นทะเบียน • ผู้รับบริการอาจได้รับบริการในปริมาณที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น • คุณภาพของการบริการอาจจะต่ำ⁽¹⁵⁾ • ยากที่จะเปลี่ยนผู้ให้บริการ
แบบตามผลการปฏิบัติงาน (P4P)	<ul style="list-style-type: none"> • สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ • เพิ่มผลผลิตการทำงานของกำลังคน/ผู้ให้บริการ⁽¹⁶⁾ • สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรตั้งใจและเต็มใจปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามที่องค์กรได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้⁽²⁰⁾ • ตอบสนองต่อความต้องการของทั้งผู้จ่ายเงินและผู้ให้บริการที่ต้องการให้บริการที่มีคุณภาพสูง 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้บริการอาจเพิกเฉยต่อการให้บริการในสาขาที่ไม่ได้มีการสนับสนุนค่าตอบแทนพิเศษ • ผู้ให้บริการอาจหลีกเลี่ยงการให้บริการแก่ประชากรที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพสูง • ยากต่อการออกแบบโปรแกรมที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้ให้บริการ • อาจมองข้ามแรงจูงใจภายในของผู้ให้บริการ⁽²¹⁾ • อาจไม่สามารถจูงใจให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการทั้งระบบ⁽²¹⁾
จ่ายเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (GB)	<ul style="list-style-type: none"> • มีการควบคุมต้นทุนบริการ • สามารถคาดการณ์ค่าใช้จ่ายล่วงหน้าได้ • ต้นทุนสำหรับการบริหารจัดการต่ำ • งบประมาณที่เป็นก้อนเดียวทำให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้บริการก็ไม่มีแรงจูงใจในการดึงดูดผู้ขึ้นทะเบียนรายใหม่ • ไม่มีแรงจูงใจโดยตรงในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน • ผู้ให้บริการอาจให้บริการในปริมาณที่ต่ำกว่าที่ควร⁽¹⁹⁾
แบบผสมผสาน (Blended payment methods)	<ul style="list-style-type: none"> • หลีกเลี่ยงแรงจูงใจที่ไม่พึงประสงค์ (adverse incentives) • เพิ่มการให้บริการในสาขาที่มีการให้บริการต่ำกว่าปริมาณที่เหมาะสม • ลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการ • ลดการเลือกเฉพาะผู้รับบริการที่มีสุขภาพดี (cream skimming)⁽¹⁷⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • ยากแก่การผสมผสานรูปแบบการจ่ายค่าบริการแบบต่างๆ ให้ได้สัดส่วนที่เหมาะสม



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงผลการคัดเลือกวรรณกรรม

มีจำนวนการนัดผู้รับบริการเข้าพบสูงกว่าผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบของเงินเดือน⁽²²⁾ การศึกษาของ Devlin และ Sarma (2008) พบว่า การจ่ายค่าบริการแบบ FFS จะช่วยสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ตรวจคนไข้มากขึ้นเมื่อเทียบกับระบบอื่นๆ^(23,24)

ส่วนการจ่ายค่าบริการแบบ P4P ทำให้ปริมาณบริการเพิ่มมากขึ้น โดยจากการศึกษาของ Hung และ Green (2010) การจ่ายค่าบริการแบบ P4P ทำให้บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แก่ประชาชนได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการจ่ายค่าบริการแบบ P4P อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁵⁾ เช่นเดียวกับ Hamilton และคณะ (2011) ที่พบว่าการใช้วิธีการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ

(Quality Outcome Framework: QOF) ในประเทศอังกฤษส่งผลให้อัตราการคัดกรองการติ่มเครื่องติ่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น⁽²⁶⁾ และการศึกษาของ Christianson และ Leatherman (2008) ที่พบว่า การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (physician behavior) โดยทำให้จำนวนของบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น^(27,28)

ในขณะที่การจ่ายค่าบริการแบบ CAP สัมพันธ์กับการลดลงของจำนวนบริการ โดยการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ทำการเปรียบเทียบบริการป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในกลุ่มที่จ่ายค่าบริการแบบ CAP แบบ for-profit capitated และ not for-profit capitated

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์และรูปแบบของการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละประเทศที่ได้จากทบทวนการศึกษาที่ผ่านการคัดเลือก

ผู้แต่ง/ปีที่ตีพิมพ์	ประเทศ	รูปแบบการจ่ายค่าบริการของประเทศ	รูปแบบการจ่าย/ intervention ที่ใช้ในการศึกษา	ผลลัพธ์	เลขที่เอกสารอ้างอิง
ปริมาณและคุณภาพการให้บริการ (volume and quality of service)					
การจ่ายแบบ FFS					
1. Sorensen and Grytten (2003)	นอร์เวย์	FFS และ CAP	FFS, Block grant	กลุ่มที่ได้รับการจ่ายแบบ FFS มีจำนวนการนัดผู้รับบริการเข้าพบสูงกว่าผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบของเงินเดือน	22
2. Devlin and Sarma (2008)	แคนาดา	FFS, CAP และ P4P	FFS, non FFS, Mixed, Salary	การจ่ายค่าบริการแบบ FFS จะช่วยสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการในการให้บริการมากขึ้นเมื่อเทียบกับระบบอื่นๆ	23
3. Sarma et al. (2010a)	แคนาดา	FFS, CAP และ P4P	FFS, non FFS, Mixed, Salary	บุคลากรที่ได้รับค่าบริการแบบ FFS มีแนวโน้มที่จะมีเวลาในการให้บริการแก่ผู้ป่วย เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับค่าบริการแบบ FFS	24
การจ่ายแบบ CAP					
4. Catalano et al. (2000)	สหรัฐอเมริกา	FFS, CAP, P4P และ Other	FFS, CAP (not-for-profit and for-profit)	กลุ่มที่ได้รับการจ่ายแบบ for-profit capitated area มีการเพิ่มกิจกรรมการป้องกันโรคแบบหัตถิกรรมและตติยกรรมมากกว่า	29
5. Kantarevic and Kralj (2013)	สหรัฐอเมริกา	FFS, CAP, P4P และ Other	FFS, Blended (CAP, FFS)	ผู้ให้บริการที่ได้รับการจ่ายค่าบริการแบบ mixed capitation จะให้บริการด้านการป้องกันโรคได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS	30
6. Tu et al. (2009)	สหรัฐอเมริกา	FFS, CAP, P4P และ Other	FFS, Salary, CAP	อัตราการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แต่กลุ่มที่จ่ายแบบ CAP จะมีอัตราการรักษาและควบคุมโรคที่ดีกว่า	38
การจ่ายแบบ P4P					
7. Hung และ Green (2010)	สหรัฐอเมริกา	FFS, CAP, P4P และ Other	P4P	การจ่ายค่าบริการแบบ P4P ทำให้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แก่ผู้รับบริการได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการจ่ายค่าบริการแบบ P4P อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (odds ratio 27.6, p < 0.01)	25
8. Hamilton และคิม (2011)	อังกฤษ	FFS, CAP, P4P และ Other	P4P (QOF)	การใช้วิธีการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ (QOF) ส่งผลให้อัตราการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น	26
9. Christianson และ Leatherman (2008)	หลายประเทศ	-	P4P	การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ โดยทำให้จำนวนของบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น	27

ตารางที่ 2 (ต่อ) ผลลัพธ์และรูปแบบของการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละประเทศที่ได้จากทบทวนการศึกษาที่ผ่านการคัดเลือก

ผู้แต่ง/ปีที่ตีพิมพ์	ประเทศ	รูปแบบการจ่ายค่าบริการของประเทศ	รูปแบบการจ่าย/ intervention ที่ใช้ในการศึกษา	ผลลัพธ์	เลขที่เอกสารอ้างอิง
ผู้ให้บริการเหนี่ยวนำความต้องการในการรับบริการ (supplier-induced demand)					
การจ่ายแบบ FFS					
10. Delattre and Dormont (2003)	ฝรั่งเศส	FFS, P4P และ Other	FFS	แพทย์เพิ่มการดูแลผู้รับบริการมากขึ้นเพื่อเหนี่ยวนำความต้องการของผู้รับบริการให้มาใช้บริการและป้องกันการสูญเสียรายได้รวมทั้งเพื่อลดจำนวนของการให้คำปรึกษาลง	31
11. Iversen (2004)	นอร์เวย์	FFS และ CAP	Mixed capitation	กลุ่มผู้ให้บริการที่มีผู้รับบริการน้อยจะมีการให้บริการที่เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่มีผู้รับบริการมากทั้งการตรวจและการให้คำปรึกษา	32
การเลือกผู้รับบริการ (patient pre-selection)					
การจ่ายแบบ CAP					
12. Barros (2003)	โปรตุเกส	CAP, P4P และ GB	CAP	ผู้ให้บริการภายใต้ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัวอาจมีแรงจูงใจในการคัดเลือกกับผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำหรือหลีกเลี่ยงผู้ที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่มีการปรับความเสี่ยง	33

หมายเหตุ: FFS: Fee-for-service การจ่ายค่าตอบแทนตามบริการ
 CAP: Capitation payment การจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว
 P4P: Pay for performance การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน
 QOF: Quality and outcome framework การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ
 GB: Global budget การจ่ายค่าตอบแทนเป็นวงเงินแบบมีเพดาน

กับการจ่ายค่าบริการแบบ FFS พบว่าในกลุ่ม for-profit capitated area มีการเพิ่มกิจกรรมการป้องกันโรคแบบทุติยภูมิและตติยภูมิมากกว่ากลุ่มอื่น⁽²⁹⁾ อีกการศึกษาหนึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้รับการจ่ายค่าบริการแบบ mixed capitation จะทำให้บริการด้านการป้องกันโรค เช่น การให้วัคซีนไขหวัดใหญ่ การคัดกรองโรค กระทำได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS⁽³⁰⁾

2) ผู้ให้บริการเหนี่ยวนำความต้องการในการรับบริการ (supplier-induced demand)

การทบทวนการศึกษาที่ผ่านการคัดเลือกด้านผู้ให้

บริการเหนี่ยวนำความต้องการในการรับบริการพบว่า บุคลากรสาธารณสุขสามารถเพิ่มปริมาณการใช้บริการของผู้รับบริการได้โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ เพื่อเหนี่ยวนำความต้องการให้มาเข้ารับบริการ ซึ่งจากการศึกษาของ Delattre และ Dormont (2003) ที่วิเคราะห์การเหนี่ยวนำผู้รับบริการในผู้ให้บริการที่ได้รับค่าบริการแบบ FFS และแบบอัตราคงที่ (fixed fee) พบว่า แพทย์เพิ่มการเอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้นเพื่อต้องการเหนี่ยวนำความต้องการของผู้ป่วยให้มาใช้บริการ และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญเสียรายได้ของตน⁽³¹⁾ รวมทั้งการศึกษาของ Iversen (2004) ซึ่งศึกษา



ผลกระทบของผู้ให้บริการที่มีจำนวนผู้รับบริการน้อย พบว่าในกลุ่มผู้ให้บริการที่รับค่าบริการแบบ FFS และมีจำนวนผู้รับบริการน้อยจะมีอัตราการตรวจเพิ่มขึ้นและมีการให้คำปรึกษามากกว่ากลุ่มที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก เพื่อเหนี่ยวนำผู้รับบริการให้มารับบริการกับตน⁽³²⁾

3) การเลือกผู้รับบริการ (patient pre-selection)

การศึกษาของ Barros (2003) ในประเทศโปรตุเกส พบว่า ผู้ให้บริการภายใต้รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP อาจมีแรงจูงใจในการเลือกรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำหรือหลีกเลี่ยงผู้ที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่มีการปรับความเสี่ยง (risk-adjustment) อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการยังมีแรงจูงใจในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้รับบริการอยู่ เนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยงการให้บริการด้านการรักษาที่มีราคาสูงในอนาคต⁽³³⁾ ดังนั้น การจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP จึงสามารถสร้างแรงจูงใจให้เกิดการควบคุมต้นทุนบริการ (cost containment) และเกิดการลดลงของปริมาณบริการสุขภาพที่ให้แก่ผู้รับบริการ (under-provision of services) ได้⁽¹⁵⁾

ผลลัพธ์ของการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งรูปแบบการจ่ายค่าบริการของแต่ละประเทศที่ได้จากทบทวนการศึกษาที่ผ่านการคัดเลือกสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

การวิเคราะห์ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาเกี่ยวกับแรงจูงใจของผู้ให้บริการต่อการจ่ายค่าบริการรูปแบบต่างๆ การวิเคราะห์ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายค่าบริการต่อประเด็นต่างๆ (ปริมาณและคุณภาพบริการ การสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ให้บริการ การเลือกปฏิบัติ การเหนี่ยวนำผู้รับบริการ และการบริหารจัดการ) และการเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการจ่ายค่าบริการแบบต่างๆ ให้แก่ผู้ให้บริการสามารถสรุปและวิจารณ์ได้ดังนี้

1) การจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS อาจทำให้เกิด

บริการด้าน P&P ในปริมาณที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนแบบ FFS มีแนวโน้มที่จะให้บริการสุขภาพด้าน P&P ในปริมาณที่ค่อนข้างมากและอาจมากกว่าความจำเป็น ส่งผลให้ไม่เกิดความพยายามในการควบคุมต้นทุน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการจ่ายแบบ FFS ต่อปริมาณบริการด้าน P&P ยังมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้สรุปได้เพียงว่า การจ่ายค่าบริการแบบ FFS มีผลกระทบที่ไม่ชัดเจนต่อปริมาณบริการด้าน P&P ทั้งนี้ ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแรงจูงใจของผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนแบบ FFS พบว่า ผู้มีสิทธิมักจะได้รับการที่มีคุณภาพ⁽¹⁵⁾ ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการด้าน P&P มากกว่าผู้ให้บริการในระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบอื่น⁽²³⁾ และผู้มีสิทธิที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงไม่ถูกกีดกันจากการเข้ารับบริการ⁽¹⁵⁾ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการจ่ายค่าบริการแบบ FFS มีผลกระทบทางบวกกับคุณภาพบริการด้าน P&P ในการสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการ และการเลือกปฏิบัติ นอกจากนี้ การจ่ายค่าบริการแบบ FFS ก่อให้เกิดการเหนี่ยวนำความต้องการในการรับบริการสุขภาพ โดยผู้ให้บริการซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์และมีข้อมูลในการตัดสินใจจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้รับบริการ การจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS โดยมีการกำหนดราคามาตรฐาน (fee-schedule) เหมาะสมกับการบริการด้าน P&P ที่มีต้นทุนค่าบริการที่ชัดเจนหรือมีรายบริการกำหนดชัดเจน เช่น การตรวจคัดกรองโรคในประชากร ค่าบริการสำหรับการให้ภูมิคุ้มกันโรค และค่ายาวิตามินและแร่ธาตุต่างๆ

2) การจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบไม่สามารถสรุปได้ว่าการจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP มีผลกระทบในทางบวกหรือทางลบต่อปริมาณบริการ คุณภาพบริการ และการเลือกผู้รับบริการ เนื่องจากการศึกษาที่มีคุณภาพสูงเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายแบบ CAP ต่อคุณภาพและการเลือกผู้รับบริการมีอยู่อย่างจำกัด ทั้งนี้ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาบ่งชี้ว่า การจ่ายแบบ CAP มีผลกระทบทั้งทางบวก

และทางลบต่อปริมาณบริการ กล่าวคือ ผู้รับบริการจะได้รับบริการที่จำเป็นเท่านั้น ทำให้ไม่เกิดการบริการที่ไม่สมเหตุสมผล แต่มีความเป็นไปได้ว่า ผู้รับบริการอาจได้รับบริการในปริมาณต่ำกว่าระดับที่ควรจะเป็น เพราะผู้ให้บริการพยายามป้องกันการสูญเสียรายได้ของตน อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนแบบ CAP จะให้บริการ P&P ได้ครอบคลุมกลุ่มประชากรจำนวนมากกว่าการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS⁽³⁰⁾ นอกจากนี้ การจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP ยังไม่ก่อให้เกิดการเหนี่ยวนำผู้รับบริการให้มารับบริการมากขึ้น เนื่องจากผู้ให้บริการพยายามลดค่าใช้จ่ายและควบคุมต้นทุนการบริการ และยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ให้บริการได้ เนื่องจากค่าตอบแทนไม่ได้แปรผันตรงกับผลการปฏิบัติงาน แต่จะขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง การจ่ายค่าตอบแทนรูปแบบนี้เหมาะสำหรับบริการที่ยากต่อการคิดต้นทุนค่าบริการ เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้คำปรึกษาและสร้างเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการจ่ายค่าบริการแบบ CAP ยังเหมาะสมกับกิจกรรมที่เป็นรายโครงการ

3) การจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P ผลกระทบของการจ่ายค่าบริการแบบ P4P ในการเพิ่มปริมาณบริการยังมีความไม่สอดคล้องกันอยู่มาก การศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดาพบว่า การจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P ส่งผลให้มีการตรวจคัดกรองโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น เช่น การตรวจคัดกรองอาการซึมเศร้าและมะเร็งลำไส้ใหญ่⁽¹³⁾ การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่และการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽²⁵⁾ แม้ว่าในบางกรณีอาจทำให้ผู้ให้บริการเพิกเฉยต่อการให้บริการในรายการที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนพิเศษ⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ การจ่ายแบบ P4P มีผลกระทบทางบวกต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ โดยเฉพาะการใช้ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ (QOF) ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้แก่ผู้ให้บริการด้วยการให้คะแนนในแต่ละตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ และนำคะแนนไปคำนวณเป็นผลตอบแทนในรูปของตัวเงิน⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตาม การจ่ายค่า

ตอบแทนแบบ P4P อาจก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิโดยปราศจากเหตุผลอันควร⁽³⁴⁾ และมีผลกระทบต่อการบริหารจัดการงบประมาณ โดยปัญหาที่พบบ่อยคือ การเลือกไม่รายงานข้อมูลของผู้รับบริการบางราย เนื่องจากเหตุผลหลายประการ รวมถึงการพิจารณาถึงความเห็น (clinical judgement) ของผู้ให้บริการเอง⁽³⁵⁾ และยังพบว่าหลายพื้นที่ขาดเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถของการปฏิบัติงานที่เพียงพอ ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดค่านิยมของ “คุณภาพบริการ” ที่เป็นที่ยอมรับ⁽³⁶⁾ การจ่ายค่าบริการแบบ P4P เหมาะสำหรับกิจกรรมที่ต้องการเพิ่มการเข้าถึงและต้องการเน้นให้เป็นนโยบายสำคัญในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น การให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ การตรวจคัดกรองปัญหาภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยทำงาน และการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

4) การจ่ายค่าตอบแทนแบบ global budget จากผลการทบทวนวรรณกรรมไม่สามารถสรุปได้ว่าการจ่ายค่าบริการแบบ GB มีผลกระทบในทางบวกหรือทางลบต่อคุณภาพและปริมาณบริการด้าน P&P และการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายค่าตอบแทนแบบ GB ต่อคุณภาพบริการและผลลัพธ์สุขภาพของผู้รับบริการมีอยู่อย่างจำกัดมาก ซึ่งมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการจ่ายค่าบริการแบบ GB ก่อให้เกิดการเลือกให้บริการแก่ผู้มีสิทธิโดยปราศจากเหตุผลอันควร⁽⁹⁾ นอกจากนี้ การจ่ายค่าบริการแบบ GB ไม่ช่วยสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการได้รับค่าตอบแทนจำนวนคงที่ซึ่งแปรผันตรงกับจำนวนผู้มีสิทธิและจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งไม่ขึ้นอยู่กับผลการปฏิบัติงานหรือจำนวนบริการที่ให้⁽¹⁹⁾ การจ่ายค่าบริการแบบ GB มีจุดแข็งคือ มีการควบคุมต้นทุนการบริการ (cost containment) ทำให้สามารถคาดการณ์ค่าใช้จ่ายล่วงหน้าและบริหารจัดการงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการจ่ายค่าบริการแบบ GB จึงเหมาะสำหรับระบบการจัดสรรงบประมาณโดยรวม เช่น การจัดสรรงบประมาณเป็นวงเงินระดับเขต

และระดับจังหวัด

5) การจ่ายค่าตอบแทนแบบผสมผสาน เป็นการดึงเอาข้อดีของแต่ละรูปแบบมาผสมกัน โดยพบว่ามีการใช้ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบผสมผสานในประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งผู้ให้บริการได้รับค่าตอบแทนแบบ FFS สำหรับการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ผู้ขึ้นทะเบียน และได้รับจัดสรรวัคซีนสำหรับการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ผู้ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของตน นอกจากนี้ยังได้รับค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว (CAP) ตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนเป็นราย 3 เดือนด้วย⁽³⁷⁾ อย่างไรก็ตาม ไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายแบบผสมผสานที่เกิดขึ้นกับคุณภาพบริการและการเหนี่ยวนำผู้รับบริการ ทั้งนี้ การจ่ายค่าบริการแบบผสมผสานเหมาะสำหรับการให้บริการด้าน P&P ทุกรูปแบบ ขึ้นอยู่กับว่าต้องการเพิ่มแรงจูงใจของผู้

ให้บริการในด้านใด

การเปรียบเทียบผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P รวมทั้งข้อดีและข้อเสียของการจ่ายค่าบริการในรูปแบบต่างๆ แสดงในตารางที่ 3 อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ การศึกษาที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมีการวัดผลกระทบของการจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่แตกต่างกัน อีกทั้งในแต่ละการศึกษาไม่ได้ระบุสัดส่วนของการจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถสรุปผลกระทบที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการได้

ข้อยุติ

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็น

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P รวมทั้งข้อดีและข้อเสียของการจ่ายค่าบริการรูปแบบต่างๆ

รูปแบบการจ่ายค่าบริการ	ปริมาณบริการ	คุณภาพบริการ	การสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการ	การเลือกปฏิบัติ	การเหนี่ยวนำผู้รับบริการ	การบริหารจัดการ	รูปแบบกิจกรรม/บริการที่เหมาะสม
FFS	+/-	+	+	ไม่มี	เกิดการเหนี่ยวนำ	-	<ul style="list-style-type: none"> การตรวจคัดกรองโรค ค่าบริการฉีดวัคซีน ค่ายาวิตามิน/แร่ธาตุ
CAP	+/-	+/-	-	+/-	ไม่เกิดการเหนี่ยวนำ	+	<ul style="list-style-type: none"> การให้ความรู้ แนะนำ และสร้างเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
P4P	+	+	+	มี	N/A	-	<ul style="list-style-type: none"> กิจกรรมที่ต้องการเน้นให้เป็นนโยบายสำคัญ กิจกรรมที่ต้องการเพิ่มการเข้าถึง เช่น การให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่
GB	+/-	+/-	-	+/-	N/A	+	<ul style="list-style-type: none"> การจัดสรร/กระจายค่าบริการโดยรวม
ผสมผสาน	+	N/A	+	+	N/A	-	<ul style="list-style-type: none"> เหมาะสมกับกิจกรรม P&P ทุกรูปแบบขึ้นอยู่กับการผสมผสานระหว่างรูปแบบการจ่ายค่าบริการ

หมายเหตุ: + หมายถึง ประเด็นดังกล่าวให้ผลกระทบทางบวกแก่รูปแบบการจ่ายค่าบริการนั้นๆ
 - หมายถึง ประเด็นดังกล่าวให้ผลกระทบทางลบแก่รูปแบบการจ่ายค่าบริการนั้นๆ
 +/- หมายถึง ประเด็นดังกล่าวอาจให้ผลกระทบทางลบหรือบวกแก่รูปแบบการจ่ายค่าบริการนั้นๆ
 N/A หมายถึง ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลกระทบต่อรูปแบบการจ่ายค่าบริการของประเด็นนั้นๆ

งานสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข สำหรับประเทศไทยนั้น การใช้รูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P แบบผสมผสานอาจมีความเหมาะสมมากที่สุด เนื่องจากการจ่ายค่าบริการรูปแบบดังกล่าวสามารถนำข้อดีของการจ่ายค่าบริการรูปแบบอื่นๆ มาปรับใช้ได้ รวมทั้งเหมาะสำหรับการให้บริการด้าน P&P ทุกรูปแบบ อย่างไรก็ตาม เื่อนไขที่สำคัญของการจ่ายค่าบริการ P&P แบบผสมผสานคือการเลือกผสมผสานรูปแบบการจ่ายค่าบริการรูปแบบต่างๆ ให้ได้ในสัดส่วนที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันของประเทศไทย และการบูรณาการระบบรายงานข้อมูลให้มีประสิทธิภาพและมีความถูกต้อง ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของบริการด้าน P&P ที่มีอยู่ ผู้เกี่ยวข้องควรพัฒนารูปแบบการจ่ายค่าบริการไปพร้อมกับการให้บริการด้าน P&P โดยทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง เพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นในพื้นที่นำร่องนั้น นอกจากนี้ อาจจัดสรรงบประมาณออกเป็น 2 ระดับ คือ (1) ระดับประเทศ โดยจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการจัดซื้อจัดจ้างในส่วนกลาง และการดำเนินโครงการที่เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ จากนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบจึงจ่ายค่าดำเนินโครงการในรูปแบบการเหมาจ่ายรายหัว ร่วมกับการจ่ายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพ และ (2) ระดับพื้นที่ โดยจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวผ่านเขตสุขภาพ จากนั้นให้เขตสุขภาพจัดสรรงบประมาณรูปแบบวงเงินแบบมีเพดาน (GB) ให้แก่จังหวัด จากนั้นระดับจังหวัดเป็นผู้จัดสรรงบประมาณในรูปแบบเดียวกันให้แก่อำเภอ และให้ระดับอำเภอจัดสรรงบประมาณลงหน่วยบริการ โดยใช้รูปแบบการจ่ายตามประเภทกิจกรรมในชุดสิทธิประโยชน์ ส่วนงบประมาณระดับท้องถิ่นให้จัดสรรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรง โดยใช้รูปแบบการจ่ายรายหัว ทั้งนี้ จะต้องมีความระมัดระวังการควบคุมกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อติดตามประเมินผลและใช้พิจารณาจัดสรรงบประมาณในปีถัดไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการพัฒนาข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค” ภายใต้การสนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะผู้วิจัยจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ภายใต้ทุนเมธีวิจัยอาวุโส สกว. เพื่อพัฒนาศักยภาพการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (RTA598000111) อย่างไรก็ตาม หน่วยงานที่เป็นแหล่งทุนมิได้ให้การรับรองเนื้อหา และอาจมีนโยบายหรือความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกับความเห็นและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายตามที่ปรากฏในบทความ ทั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกท่าน

References

1. Tangcharoensathien V, Jongudomsuk P, Srithamrongsawat S, Pittayarangsarit S, Sumalee H, Prakongsai P, et al. The Universal Health Care Coverage assessment report for the first decade (2001-2010). Nonthaburi: Health Insurance System Research Office; 2012. (in Thai)
2. National Health Security Office. National Health security manual: fiscal year 2006. Nonthaburi: Srimuang Printing; 2006. (in Thai)
3. Hasuwannakij S, Yanwimutti W, Thirawuthi M. Community participation scheme in community health coverage: a case study of Nam Kaeo Community Health Fund, Chana, Songkhla. Songkhla: Prince of Songkla University; 2006. (in Thai)
4. Leelasithorn S. Provincial survey report: a coverage of health promotion and disease prevention by benefit package under Universal Health Coverage Policy. Nonthaburi: National Health Security Office; 2007. (in Thai)
5. Chunharas S, Damrikarnlert L, Prakongsai P, Putthasri W, Srithamrongsawat S, Pha-amnuayphol P, et al. Alternative scheme for budget management for health promotion and disease prevention under Universal Health Coverage. Bangkok: National Health Security Office; 2006. (in Thai)
6. Leesmidt V, Nipaporn S, Pirunsarn A. A study on budget management for health promotion and disease prevention



- tion in area-based level. Bangkok: National Health Security Office; 2007. (in Thai)
7. Pitayangsarit S, Limwattananon S, Tantivess S, Kharamanond R, Tangcharoensathien V. Local level responses to budget allocation under the Universal Health Care Coverage policy in Thailand. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2008. (in Thai)
 8. Youngkong S, Tangsathitkulchai S, Pantumongkol W, Pleonbannakit P, Teerawattananon Y, Tantivess S. Evaluation of financial management for health promotion and disease prevention under the Universal Health Coverage: from design to implementation. *Journal of Health Systems Research* 2017;11(1):127-40. (in Thai)
 9. Rudmik L, Wranik D, Rudisill-Michaelsen C. Physician payment methods: a focus on quality and cost control. *Journal of Otolaryngology- Head & Neck Surgery*. 2014;43:34-38.
 10. Chawla M, Windak A, Berman P, Kulis M. Paying the physician: review of different methods. Boston, Massachusetts: Department of Population and International Health/Harvard School of Public Health; 1997.
 11. Lagarde M, Powell-Jackson T, Blaauw D. Managing incentives for health providers and patients in the move towards universal coverage. *Global Symposium on Health Systems Research*. 2010 November 16-19; Montreux, Switzerland.
 12. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Better ways to pay for health care. *OECD health policy studies*. Paris: OECD Publishing; 2016.
 13. Mendelson A, Kondo K, Damberg C, Low A, Motuapuaka M, Freeman M, et al. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care. *Annals of Internal Medicine* 2017;166(5):341-54.
 14. Kamphang R, Tantivess S, Chutipongchaiwat S, Pattanabhesaj J, Butchon R, Malathong N, et al. Developing health care quality indicators and improving the QOF program for the Thai Universal Health Coverage – Part 1. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)/National Health Security Office; 2015. (in Thai)
 15. Peckham S, Gousia K. GP Payment schemes review. London Policy Research Unit in Commissioning and the healthcare system (PRUComm) [internet] 2014 [cited 2017 Jun 12]: [37]. Available from: <https://www.kent.ac.uk/chss/docs/GP-payment-schemes-review-Final.pdf>
 16. Bunyapisankij T, Prakongsai P, Chiangchaisakulthai K, Sawangdee K, Kamonnet A, Leenakul R, et al. Manual for pay for performance: P4P. Ministry of Public Health [internet] 2011 [cited 2017 Jun 12]: [175]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/p4p.PDF. (in Thai)
 17. Productivity Commission. Efficiency in Health, Commission Research Paper. JEL codes I. 2015;10:118.
 18. Oliver-Baxer J. Blended funding models in primary health care. Adelaide: PHCRIS Research Roundup; 2015 [cited 2017 Jun 12]. Available from: <https://dspace2.flinders.edu.au/xmlui/bitstream/handle/2328/36257/RRU%20May%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 19. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *The International Journal of Health Planning and Management* 1995 Jan;10(1):23-45.
 20. Wang-Aun P. The effective of Pay - for - Performance (P4P): case study general hospital with county health services 6 (Master of Science Program). Human Resource and Organization Development, School of Human Resource Development. Bangkok: National Institute of Development Administration (NIDA); 2015. (in Thai)
 21. Ryan AM, Werner RM. Doubts About Pay-for-Performance in health care. *Harvard Business Review*; 2013 [cited 2017 June 12]. Available from: <https://hbr.org/2013/10/doubts-about-pay-for-performance-in-health-care>.
 22. Sørensen RJ, Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. *Health Policy* 2003;66(1):73-93.
 23. Devlin RA, Sarma S. Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *Journal of Health Economics* 2008;27(5):1168-81.
 24. Sarma S, Devlin RA, Belhadji B, Thind A. Does the way physicians are paid influence the way they practice? The case of Canadian family physicians' work activity. *Health Policy* 2010;98(2):203-17.
 25. Hung DY, Green LA. Paying for prevention: associations between pay for performance and cessation counselling in primary care practices. *American Journal of Health Promotion* 2012;26(4):230-4.
 26. Hamilton F, Laverty A, Gluvajic D, Huckvale K, Car J, Majeed A, et al. Effect of financial incentives on delivery of alcohol screening and brief intervention (ASBI) in primary care: longitudinal study. *Journal of Public Health* 2013;36(3):450-9
 27. Christianson J, Leatherman S, Sutherland K. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: a review of the evidence. London: The Health Foundation

- London; 2008.
28. Peckham S, Wallace A. Pay for performance schemes in primary care: what have we learnt? *Quality in Primary Care* 2010;18(2):111-6.
 29. Catalano R, Libby A, Snowden L, Cuellar AE. The effect of capitated financing on mental health services for children and youth: the Colorado experience. *American Journal of Public Health* 2000;90(12):1861.
 30. Kantarevic J, Kralj B. Link between pay for performance incentives and physician payment mechanisms: evidence from the diabetes management incentive in Ontario. *Health Economics* 2013;22(12):1417-39.
 31. Delattre E, Dormont B. Fixed fees and physician - induced demand: a panel data study on French physicians. *Health Economics* 2003;12(9):741-54.
 32. Iversen T. The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients. *Journal of Health Economics* 2004;23(4):673-94
 33. Barros PP. Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system. *Journal of Health Economics* 2003;22(3):419-43.
 34. McKalip D. Pay for performance and public reporting: risks to patients outweigh benefits. *Take Back the Profession Advisory Group (TBPAG). Journal of American Physicians and Surgeons* 2009;14(4):113-7.
 35. Roland M, Guthrie B. Quality and outcomes framework: what have we learnt? [Internet]. 2016 Aug [cited 2017 June 12]. Available from: <https://www.bmj.com/content/354/bmj.i4060/> doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i4060>.
 36. Wharam JF, Paasche-Orlow MK, Farber NJ, Sinsky C, Rucker L, Rask KJ, et al. High quality care and ethical pay-for-performance: a Society of General Internal Medicine Policy Analysis. *Journal of General Internal Medicine* 2009 Jul;24(7):854-9.
 37. Exter Ad, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health care systems in transition: Netherlands. 2004. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.
 38. Tu K, Cauch-Dudek K, Chen Z. Comparison of primary care physician payment models in the management of hypertension. *Canadian Family Physician* 2009;55(7):719-27.

ผลลัพธ์ของการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเวช: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ณัฐพล สัมประสิทธิ์*

วิวัฒน์ ทาวรวัฒนยงค์†

ผู้รับผิดชอบบทความ: วิวัฒน์ ทาวรวัฒนยงค์

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรม องค์ประกอบ และผลลัพธ์ของการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเวช 4 กลุ่ม ได้แก่ จิตเภท อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ซึมเศร้า และ วิตกกังวลเปรียบเทียบกับ การจ่ายยาปกติ โดยใช้วิธีการสืบค้นอย่างเป็นระบบด้วย Mesh term และคำค้นที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Medline, IPA, PsycINFO, Cochrane, Thai Index Medicus และ HITAP โดยเลือกการศึกษาที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2544 จนถึง 28 กุมภาพันธ์ 2561 มีการประเมินคุณภาพของการศึกษาทดลองแบบสุ่ม (randomized controlled trials: RCT) ด้วย risk of bias และไม่ได้สุ่ม (non-RCT) ด้วย risk of bias in non-randomized studies-of interventions (ROBINS-I) assessment tool ผลการศึกษาจากทั้ง 26 ฉบับใน 3 ที่ตั้ง ตามบริบทของงานเภสัชกรรม ได้แก่ สถานพยาบาลปฐมภูมิ ร้านขายยาในชุมชน และโรงพยาบาล พบว่า การบริบาลเภสัชกรรมโดยภาพรวมไม่ได้ส่งผลโดยตรงกับผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านคลินิก และด้านมนุษยธรรม แต่การบริบาลเภสัชกรรมในโรงพยาบาลมีแนวโน้มทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการจ่ายยาปกติ อย่างไรก็ตาม พบว่ากิจกรรมการบริบาลเภสัชกรรม (ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาปัญหา การแก้ไขปัญหาและการติดตามป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา) เพียงฝ่ายเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเกิดผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยจิตเวช ยังจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพภายใต้แนวคิดของจิตเวชศาสตร์แบบองค์รวม โดยมีเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาทางชีวภาพ จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยไปพร้อมๆ กัน

คำสำคัญ: โรคทางจิตเวช ซึมเศร้า จิตเภท การบริบาลเภสัชกรรม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Outcome of Pharmaceutical Care in Patients with Psychiatric Disorder: A Systematic Review

Nathapol Samprasit*, Wiwat Thavornwattanayong†

* Student in master's degree program, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University

† Faculty of Pharmacy, Silpakorn University

Corresponding author: Wiwat Thavornwattanayong, thavornwattanay_w@su.ac.th

Abstract

The objective of this systematic review was to evaluate the pharmacist activities, components and effectiveness of a pharmaceutical care intervention, compared with medical treatment in patients who

* นักศึกษาระดับปริญญาโทเภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร

† คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

had been diagnosed as schizophrenia, bipolar disorder, major depressive disorder or anxiety disorder. Mesh term and relevant keywords were employed in searching of data from databases including Medline, IPA, PsycINFO, Cochrane, Thai Index Medicus, and HITAP databases. Both national and international literature published during January 2001 to February 2018 was included in this systematic review. The quality of the randomized control trial (RCT) and non-randomized control trial (non-RCT) were assessed by the risk of bias and risk of bias in non-randomized studies-of interventions (ROBINS-I) assessment tool, respectively. Twenty-six studies that met the inclusion criteria were conducted in three settings including primary care unit, drugstore, and hospital. The present study found that the pharmaceutical care intervention did not affect the economic, clinical, and humanistic outcome, however it possibly improved better adherence than that medical treatment in a hospital setting. However, using only 3 components of pharmaceutical care interventions (assessing drug problems, modifying medications and monitoring efficacy, and preventing adverse effect) does not have a positive impact on psychiatric patients. The psychiatric patients need to be cared by the multi-disciplinary approach to achieve holistic health on individual covering physical, psychological, social and psycho-spiritual dimensions.

Keywords: *psychiatric disorders, depression, schizophrenia, pharmaceutical care, systematic review*

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคทางจิตเวชเป็นกลุ่มอาการผิดปกติเรื้อรังทางจิตใจ พฤติกรรม อารมณ์และบุคลิกภาพ ส่งผลเสียต่อการประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิตประจำวันและความสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม⁽¹⁾ ปัจจุบัน ระบบที่ใช้จำแนกโรคทางจิตเวช มี 2 ระบบ⁽²⁾ คือ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-V) และ International Classification of Diseases 10-version (ICD-10) ครอบคลุมโรคจิตเวชหลักที่พบในผู้ใหญ่ เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia) ซึมเศร้า (major depressive disorder) วิตกกังวล (anxiety disorder) อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder) และความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด^(3,4) ข้อมูลระบาดวิทยาในประเทศไทยปี 2556 พบคนไทยตลอดชีวิตที่ผ่านมาร้อยละ 7.4 หรือประมาณ 3.9 ล้านคนจะเป็นโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรคและพบความชุกชั่วชีวิตที่ผิดปกติของโรควิตกกังวล ร้อยละ 3.1 โรคของความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorders) ร้อยละ 1.9 (จำแนกเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.6 และอารมณ์แปรปรวนสองขั้วร้อยละ 0.2) และโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต (psychotic disorders) เช่น โรคจิตเภท ร้อยละ 1.10⁽⁵⁾ ส่วนด้านระบบบริการสุขภาพ

จิตนั้น คาดการณ์ว่า จะมีผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่จำเป็น ต้องได้รับการช่วยเหลือประมาณ 10 ล้านคน แต่มีผู้เข้าถึง บริการด้านสุขภาพจิตได้แค่เพียงร้อยละ 8 เท่านั้น⁽⁶⁾ ปัญหานี้เป็นปัญหาที่สำคัญโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการอยู่ใน ระยะคงเสถียรสภาพ (stabilization phase) และระยะต่อเนื่อง (maintenance phase) หลังจากที่เมื่อมีอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute phase) แล้ว เพราะหากผู้ป่วยไม่ได้เข้าถึง การบริการสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอก็อาจทำให้ควบคุมอาการทางจิตไม่ได้และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้บ่อยๆ⁽⁷⁾ ในผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปจะมีโอกาสเป็นซ้ำ (ครั้งที่ 1) ได้มากถึง ร้อยละ 35-50⁽⁸⁻¹⁰⁾ และในกลุ่มที่เคยเป็นซ้ำครั้งที่ 1 แล้ว โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทจะยิ่งเพิ่มโอกาสกำเริบซ้ำในครั้งที่ 2 และ 3 ได้สูงขึ้นอีกถึงร้อยละ 70-90⁽⁸⁾ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำทั้งหมดนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเอง เช่น หยุดยาเอง ปรับขนาดยาเอง⁽⁹⁻¹²⁾ ส่วนผลกระทบนั้น นอกจากจะมีผลต่ออาการทางคลินิกของผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลและผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์อีกด้วย โดยพบว่า ทำให้รัฐมีต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำเพิ่มสูงขึ้น⁽¹¹⁻¹²⁾ และอาจสูงถึง 1.2-2 เท่าของต้นทุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชปกติ⁽¹¹⁾

โดยการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าทำให้รัฐสูญเสียเป็นมูลค่าสูงถึง 33 ล้านบาทต่อปี⁽¹³⁾

แนวคิดด้านการบริหารเภสัชกรรม (pharmaceutical care) เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จากการสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย^(14,15) ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽¹⁶⁾ การบริหารเภสัชกรรมมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ด้าน คือ การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา การแก้ไขปัญหาจากยา และการติดตามป้องกันอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา⁽¹⁷⁾ ปัจจุบันพบว่ามีการศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเวชด้วยรูปแบบกิจกรรมต่างๆ⁽¹⁸⁻²⁵⁾ เช่น การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง การให้คำแนะนำติดตามการใช้ยา การใช้โทรศัพท์ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับแพทย์ในโรงพยาบาล การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา การพิจารณาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินคำสั่งใช้ยา การให้ข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์ การติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา การแก้ไขปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยา การเยี่ยมบ้าน และการสรุปแผนการรักษาก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน อย่างไรก็ตามในแต่ละการศึกษายังมีการรายงานที่แตกต่างกัน เช่น รูปแบบของการศึกษา ระยะเวลาที่ศึกษา กิจกรรมการบริหารเภสัชกรรม และผลลัพธ์ของการศึกษาในรูปแบบต่างๆ⁽¹⁹⁻²⁵⁾ ซึ่งทั้งหมดนี้ยังไม่สามารถหาข้อสรุปได้ว่า รูปแบบหรือกิจกรรมของการบริหารเภสัชกรรมใดที่จะสามารถส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทั้งในแง่ผลทางด้านเศรษฐศาสตร์ (economic outcome) เช่น ค่าคุ้มหรือไม่ ผลทางด้านคลินิก (clinical outcome) เช่น ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นหรือไม่ และผลทางด้านมนุษยธรรม (humanistic outcome) เช่น เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้หรือไม่ และถึงแม้จะมีบางการศึกษาที่ทำในรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิมาณแล้ว แต่ก็ยังเป็นการศึกษาที่เจาะจงอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับการเกิดผลลัพธ์เฉพาะทางคลินิกเท่านั้น ไม่ครอบคลุม

ผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์และด้านมนุษยธรรม⁽²⁶⁻²⁹⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงอาศัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้เพื่อศึกษารูปแบบของกิจกรรมต่างๆ จากองค์ประกอบของการบริหารเภสัชกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเวชตาม Economic, Clinical and Humanistic Outcomes (ECHO) model⁽³⁰⁾ เปรียบเทียบกับการรักษามาตรฐาน (usual care: UC) โดยเลือกตามบริบทของงานเภสัชกรรมในประเทศไทย และโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในคนไทย 4 กลุ่ม ได้แก่ จิตเภท ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และโรควิตกกังวล

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้ ได้จำแนกการศึกษาออกเป็น 3 ที่ตั้ง ตามบริบทของงานเภสัชกรรม ได้แก่ การบริหารเภสัชกรรมในสถานพยาบาล ปฐมภูมิ การบริหารเภสัชกรรมชุมชนในร้านขายยา และการบริหารเภสัชกรรมในโรงพยาบาล ซึ่งมีขั้นตอนในการศึกษา ดังนี้

การสืบค้นและแหล่งข้อมูล

ผู้วิจัยสืบค้นการศึกษาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จากต่างประเทศ ได้แก่ Medline, IPA, PsycINFO, Cochrane และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในประเทศไทย ได้แก่ Thai Index Medicus และ HITAP ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2544 จนถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561 มีการกำหนดเงื่อนไขทางตรรกะ เช่น การใช้คำเชื่อม AND/OR และการใช้คำค้น (Keyword) ที่เป็นดัชนีหัวเรื่อง (Medical Subject Headings: MESH) ที่เกี่ยวข้องกับ (1) การบริหารเภสัชกรรม ได้แก่ pharmaceutical care, pharmaceutical service, pharmacist (2) โรคทางจิตเวช เช่น psychiatry, psychiatric, schizophrenia, depressive, bipolar, anxiety disorder และ (3) ผลลัพธ์ของการศึกษา เช่น outcome, impact, effectiveness, evaluation และ outcome assessment

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าและการคัดเลือกออกจากการศึกษา

ผู้วิจัยคัดเลือกการศึกษาตาม PICOS framework⁽³¹⁾ ได้แก่ P (participants) คือการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช 4 กลุ่มหลัก (จิตเภท ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และวิตกกังวล), I (interventions) คือ ให้การบริบาลเภสัชกรรมในด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้งหมดของการค้นหาปัญหา การแก้ไขปัญหา และการป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา, C (comparisons) คือ เปรียบเทียบกับกระบวนการจ่ายยาตามปกติ, O (outcomes) คือ ผลลัพธ์ของการศึกษาจากทุกผลลัพธ์ และ S (study design) คือ รูปแบบการทดลองทางคลินิกแบบสุ่ม (randomized control trial: RCT) และการศึกษาที่ไม่มีกระบวนการสุ่ม (non-randomized control trial: non-RCT) โดยจำแนกออกเป็นการศึกษาที่ทำในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ร้านขายยาในชุมชน และโรงพยาบาล

สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกออกนั้น พิจารณาจากรูปแบบของการศึกษาเป็นหลัก โดยผู้วิจัยคัดเลือกบทความประเภทการวิเคราะห์และสังเคราะห์ขั้นต้นหรือการพัฒนา การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์หือภิมาน และการศึกษาทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่ไม่เกี่ยวข้อง การศึกษาวิจัยแบบก่อนหลังหรือกึ่งทดลองที่ไม่ได้เปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริบาลเภสัชกรรมและการจ่ายยาปกติ บทความภาษาอื่นๆ ที่มีใช้ภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย การศึกษาที่ทำในประชากรกลุ่มเดียวกัน และการศึกษาที่ซ้ำกันออกจากการศึกษา

การประเมินคุณภาพการศึกษา

ประเมินโดยผู้วิจัย 2 ท่าน และเมื่อเกิดความเห็นไม่ตรงกัน ก็จะแก้ปัญหาด้วยการปรึกษาผู้วิจัยอีกท่านหนึ่งเพื่อหาข้อยุติ สำหรับการศึกษาคือเป็น non-RCT จะประเมินคุณภาพด้วย risk of bias in non-randomized studies-of interventions (ROBINS-I) assessment

tool⁽³²⁾ และการศึกษาแบบ RCT จะประเมินด้วย Risk of bias version 2.0⁽³³⁾ แล้วจึงจำแนกคุณภาพการศึกษาออกเป็นระดับต่างๆ ตามแนวทางของแบบประเมิน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย 2 ท่านอย่างเป็นอิสระต่อกัน มีการใช้แบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลในรูปแบบเดียวกัน ประเด็นที่พิจารณาได้แก่ ชื่อผู้วิจัย ปีที่ตีพิมพ์รูปแบบของการศึกษา ที่ตั้งตามบริบทของงานเภสัชกรรมขนาดตัวอย่างประเทศที่ศึกษา โรคทางจิตเวช ระยะเวลาการศึกษา ผลลัพธ์ของการศึกษา และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจากการบริบาลเภสัชกรรม จากนั้นจึงจำแนกผลลัพธ์ตาม ECHO model ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก และผลลัพธ์ทางด้านมนุษยธรรม และจำแนกองค์ประกอบของการบริบาลเภสัชกรรม ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา การแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา และการติดตามเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าของผู้วิจัย (investigator triangulation) และอภิปรายเชิงเหตุเชิงผลจนได้ข้อยุติร่วมกัน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้วิธีการเจนนับ ความถี่ ร้อยละ และใช้การสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยร่วมกัน

การศึกษานี้ผ่านการรับรองผลการพิจารณา และได้รับการยกเว้นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 17-2561 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ผลการศึกษา

การคัดเลือกการศึกษา

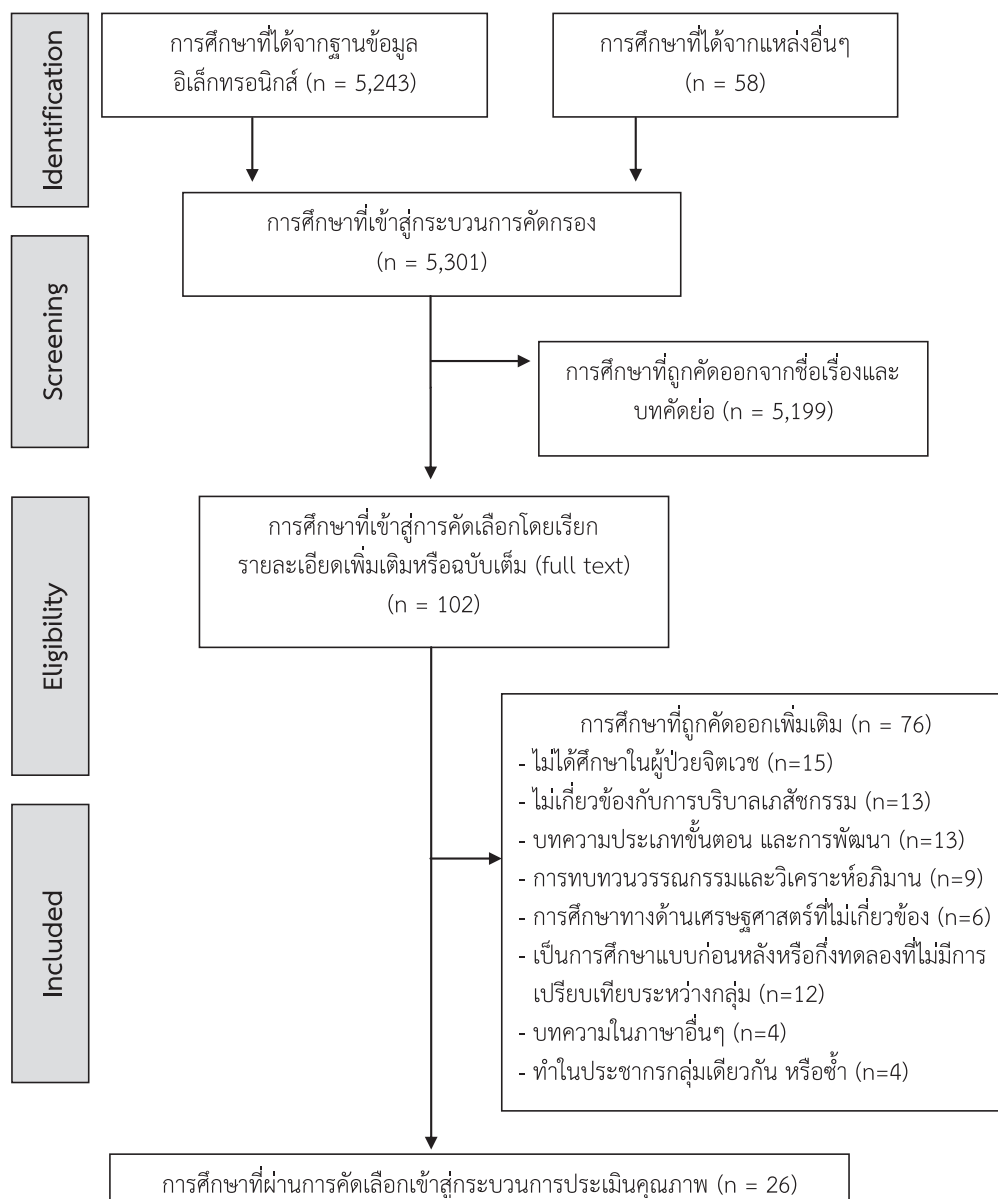
จากการสืบค้นข้อมูล พบการศึกษารวม 5,301 ฉบับ

โดย 5,243 ฉบับได้จากการสืบค้นโดยตรงจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และ 58 ฉบับจากแหล่งอื่นๆ เช่น การอ้างอิงจากการศึกษาที่เกี่ยวข้อง เอกสารการศึกษาที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทย และเอกสารรายงานประชุมวิชาการต่างๆ เมื่อพิจารณาจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จะมีการศึกษาจำนวน 102 ฉบับที่ต้องเรียกข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาบทความฉบับเต็ม ในขั้นตอนสุดท้ายจะได้รับการศึกษาที่เกี่ยวข้องรวม 26 ฉบับ ดังแสดงในภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย (1) การศึกษา

ที่ทำในสถานพยาบาลปฐมภูมิ 8 ฉบับ⁽³⁴⁻⁴¹⁾ (2) การศึกษาที่ทำในร้านขายยาในชุมชน 5 ฉบับ⁽⁴²⁻⁴⁶⁾ และ (3) การศึกษาที่ทำในโรงพยาบาล 13 ฉบับ⁽⁴⁷⁻⁵⁹⁾

การประเมินคุณภาพการศึกษา

ประเมินคุณภาพการศึกษา RCT จำนวน 19 ฉบับด้วย Risk of bias version 2.0^(35-44,50-58) ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 5 โดเมนหลัก และจัดระดับความน่าเชื่อถือของการ



ภาพที่ 1 แผนผังการคัดเลือกการศึกษาเข้าสู่การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ศึกษาออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงต่ออคติต่ำ (low risk) ความเสี่ยงต่ออคติสูง (high risk) และที่ต้องพิจารณา (some concern) พบว่า มีการศึกษาที่มีความเสี่ยงต่ออคติต่ำ 6 ฉบับ (ร้อยละ 32)^(37,41,51,52,54,55) การศึกษาที่มีความเสี่ยงต่ออคติสูง 6 ฉบับ (ร้อยละ 32)^(36,42,43,56,58) และการศึกษาที่ต้องพิจารณา 7 ฉบับ (ร้อยละ 37)^(35,38,40,44,50,53,57) ดังแสดงในภาพที่ 2

ประเมินคุณภาพการศึกษา non-RCT จำนวน 7 ฉบับด้วย ROBINS-I assessment^(34,45-49,59) ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 7 โดเมนหลักและจัดระดับความน่าเชื่อถือออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงต่ออคติต่ำ (low risk) ความเสี่ยงต่ออคติปานกลาง (moderate risk) ความเสี่ยงต่ออคติสูง (serious risk) ความเสี่ยงต่ออคติวิกฤต (critical risk) และความเสี่ยงไม่ชัดเจน (no in-

	Finley PR et al. (2003) ⁽³⁴⁾	Brook OH et al. (2003) ⁽³⁶⁾	Brook O et al. (2003) ⁽³⁷⁾	Adler DA et al. (2004) ⁽³⁸⁾	Capoccia KL (2004) ⁽³⁹⁾	Brook OH(2005) ⁽⁴⁰⁾	Bosmans JE (2007) ⁽⁴¹⁾	Rickles NM (2005) ⁽⁴²⁾	Crockett J (2006) ⁽⁴³⁾	Rubio-Valera M (2012) ⁽⁴⁴⁾	Canales PL (2001) ⁽⁴⁷⁾	Al-Saffar N (2005) ⁽⁵⁰⁾	Valenstein M (2011) ⁽⁵¹⁾	Marques LAM (2013) ⁽⁵²⁾	Kanjanasilp J (2016) ⁽⁵³⁾	Aljumah K (2015) ⁽⁵⁴⁾	Kaewkumbung J (2015) ⁽⁵⁵⁾	Wiriyasirisakul W (2016) ⁽⁵⁶⁾	Mishra A (2017) ⁽⁵⁷⁾	Salazar-Ospina A (2017) ⁽⁵⁸⁾
Bias arising from the randomization	L	S	L	S	H	S	L	H	S	L	H	S	L	L	S	L	L	L	S	H
Bias due to deviations from intended interventions	L	L	L	S	L	L	L	L	H	L	L	L	L	L	S	L	L	L	L	S
Bias due to missing outcome data	S	L	L	S	L	S	L	L	L	S	L	S	L	L	L	L	L	L	L	L
Bias in measurement of outcomes	L	H	L	L	L	L	L	S	S	L	L	S	L	L	S	L	L	H	L	L
Bias in selection of the reported result	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	S	L	L	L	L	L	L	L	S	L
Overall	S	H	L	S	H	S	L	H	H	S	H	S	L	L	S	L	L	H	S	H
<p style="text-align: center;"> ● L = Low risk, ● H = High risk, ● S = Some concern </p>																				

ภาพที่ 2 การจัดระดับคุณภาพการศึกษา RCT ตามการประเมินด้วย Risk of bias

formation) พบว่า มีการศึกษาที่มีความเสี่ยงต่ออคติปานกลาง 3 ฉบับ (ร้อยละ 43)^(46,47,56) การศึกษาที่มีความเสี่ยงต่ออคติสูง 2 ฉบับ (ร้อยละ 29)^(34,49) การศึกษาที่มีความเสี่ยงอคติวิกฤต 1 ฉบับ (ร้อยละ 14)⁽⁴⁵⁾ และการศึกษาที่มีความเสี่ยงไม่ชัดเจน 1 ฉบับ (ร้อยละ 14)⁽⁴⁸⁾ ดังแสดงในภาพที่ 3

การรายงานผลของการศึกษา

ตารางที่ 1 รายงานผลการศึกษาที่พบในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ร้านขายยาในชุมชนและโรงพยาบาล โดยพิจารณารูปแบบของการศึกษา ประเทศที่ทำการศึกษา โรคทางจิตเวช ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และระยะเวลาการติดตาม และตารางที่ 2 รายงานผลการศึกษารูปแบบและผลลัพธ์ของการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเวชโดยจำแนกตามองค์ประกอบ กิจกรรมของการบริหารเภสัชกรรม และการรายงานผลลัพธ์

จากการศึกษา 26 ฉบับ พบว่า มีการศึกษารูปแบบ RCT จำนวน 19 ฉบับ (ร้อยละ 73.1) และเป็น non-RCT 7 ฉบับ (ร้อยละ 26.9) ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาที่ให้สิ่งทดลองแบบคู่ขนานไปข้างหน้า (prospective parallel) 2 ฉบับ^(45,47) แบบที่ไม่คู่ขนานไปข้างหน้า (prospective non-parallel) 1 ฉบับ⁽⁴⁹⁾ แบบสังเกตไปข้างหน้า (cohort) 1 ฉบับ⁽³⁴⁾ แบบสังเกตตามรุ่นย้อนหลัง (retrospective cohort) 2 ฉบับ^(46,59) และแบบสังเกตย้อนหลัง (retrospective) 1 ฉบับ⁽⁴⁸⁾ การศึกษาส่วนใหญ่ทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือกลุ่มอาการทางลบในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วรวม 17 ฉบับ (ร้อยละ 65.4) มีบางส่วนศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือกลุ่มอาการทางบวกในโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 3 ฉบับ (ร้อยละ 11.5) โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพียงอย่างเดียว 3 ฉบับ (ร้อยละ 11.5) และมีส่วนน้อยที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่จำแนกโรคหลัก 2 ฉบับ (ร้อยละ 7.7) และไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยโรควิตกกังวล

	Finley PR et al. (2002) ⁽³⁴⁾	Klang SH et al. (2015) ⁽⁴⁵⁾	Wright WA et al. (2016) ⁽⁴⁶⁾	Canales PL et al. (2001) ⁽⁴⁷⁾	Mathys M et al. (2015) ⁽⁴⁸⁾	Wolf C et al. (2015) ⁽⁴⁹⁾	Suanchang O et al. (2017) ⁽⁵⁹⁾
Bias due to confounding	L	C	N	L	L	N	L
Bias in selection of participants into the study	M	L	L	M	C	S	L
Bias in classification of intervention	L	N	M	L	N	L	L
Bias due to deviations from intended interventions	L	S	L	L	M	L	L
Bias due to missing data	S	L	M	M	M	L	M
Bias in measurement of outcomes	L	L	L	M	N	M	L
Bias in selection of the reported result	L	L	L	L	L	L	L
Overall	S	C	M	M	N	S	M

N = No information,
 L = Low risk,
 M = Moderate risk,
 S = Serious risk,
 C = Critical risk

ภาพที่ 3 การจัดระดับคุณภาพการศึกษา non-RCT ตามการประเมินด้วย ROBINS-I

ตารางที่ 1 การศึกษาที่พบในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ร้านขายยาในชุมชน และโรงพยาบาล

ผู้วิจัย (ปีที่ตีพิมพ์)	รูปแบบ การศึกษา	โรคทาง จิตเวช	ประเทศ ที่ศึกษา	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง		ผลลัพธ์ของการศึกษา	ระยะเวลา ที่ศึกษา
				PC	UC		
Finley PR et al (2002) ⁽³⁴⁾	Non-RCT (Cohort)	ซึมเศร้า	สหรัฐอเมริกา	91	129	ความร่วมมือในการใช้ยา และจำนวนครั้ง ของการมารับรักษา	6 เดือน
Finley PR et al (2003) ⁽³⁵⁾	RCT	ซึมเศร้า	สหรัฐอเมริกา	75	50	ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง และความร่วมมือ ในการใช้ยาจำนวนครั้งของการมารับรักษา และ ความพึงพอใจต่อการรับบริการ	6 เดือน
Brook OH et al. (2003) ⁽³⁶⁾	RCT	ซึมเศร้า	เนเธอร์แลนด์	69	79	ความรู้และทัศนคติต่อการรักษา	3 เดือน
Brook O et al. (2003) ⁽³⁷⁾	RCT	ซึมเศร้า	เนเธอร์แลนด์	64	71	ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง	6 เดือน
Adler DA et al. (2004) ⁽³⁸⁾	RCT	ซึมเศร้า	สหรัฐอเมริกา	268	265	ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง และความร่วมมือ ในการใช้ยา	6 เดือน
Capoccia KL et al. (2004) ⁽³⁹⁾	RCT	ซึมเศร้า	สหรัฐอเมริกา	41	33	ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรงความร่วมมือในการ ใช้ยา คุณภาพชีวิต จำนวนครั้งของการมารับรักษา และความพึงพอใจต่อการรับบริการ	12 เดือน
Brook OH et al. (2005) ⁽⁴⁰⁾	RCT	ซึมเศร้า	เนเธอร์แลนด์	64	71	ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง และความร่วมมือ ในการใช้ยา	6 เดือน
Bosmans JE et al. (2007) ⁽⁴¹⁾	RCT	ซึมเศร้า	เนเธอร์แลนด์	40	48	ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง ความร่วมมือในการ ใช้ยาและต้นทุนการรักษาพยาบาล	6 เดือน
Rickles NM et al. (2005) ⁽⁴²⁾	RCT	ซึมเศร้า/อารมณ์ แปรปรวนสองขั้ว	สหรัฐอเมริกา	31	32	ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง ความร่วมมือในการ ใช้ยาความรู้และทัศนคติต่อการรักษา	6 เดือน
Crockett J et al. (2006) ⁽⁴³⁾	RCT	ซึมเศร้า	ออสเตรเลีย	56	60	ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิต ความรู้ และทัศนคติต่อการรักษา	2 เดือน
Rubio-Valera M et al. (2012) ⁽⁴⁴⁾	RCT	ซึมเศร้า	สเปน	87	92	ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง ความร่วมมือในการ ใช้ยา คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจต่อการ รับบริการ	6 เดือน
Klang SH et al. (2015) ⁽⁴⁵⁾	Non-RCT (prospective parallel)	ซึมเศร้า	อิสราเอล	173	12,746	ความร่วมมือในการใช้ยา	6 เดือน
Wright WA et al. (2016) ⁽⁴⁶⁾	Non-RCT (Retrospective cohort)	ซึมเศร้า	สหรัฐอเมริกา	496	1,378	ความร่วมมือในการใช้ยา จำนวนครั้งของการ มารับรักษา และต้นทุนการรักษาที่ประหยัดได้	12 เดือน
Canales PL et al. (2001) ⁽⁴⁷⁾	Non-RCT (Prospective parallel)	จิตเภทเฉียบพลัน	สหรัฐอเมริกา	45	48	ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง ความร่วมมือในการ ใช้ยา คุณภาพชีวิต จำนวนครั้งของการมารับรักษา ปัญหาจากการใช้ยา ต้นทุนการรักษาพยาบาล และอื่นๆ เช่น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เป็นต้น	ช่วงรักษาตัว ในโรงพยาบาล (เฉลี่ย 29 วัน)

ตารางที่ 1 (ต่อ) การศึกษาที่พบในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ร้านขายยาในชุมชน และโรงพยาบาล

ผู้วิจัย (ปีที่ตีพิมพ์)	รูปแบบ การศึกษา	โรคทาง จิตเวช	ประเทศ ที่ศึกษา	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง		ผลลัพธ์ของการศึกษา	ระยะเวลา ที่ศึกษา
				PC	UC		
Al-Saffar N et al. (2005) ⁽⁵⁰⁾	RCT	ซึมเศร้า	คูเวต	87	98	ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้และทัศนคติ ต่อการรักษา	5 เดือน
Valenstein M et al. (2011) ⁽⁵¹⁾	RCT	จิตเภท/อารมณ์ แปรปรวนสองขั้ว	สหรัฐอเมริกา	58	60	ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง ความร่วมมือในการ ใช้ยา คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการ รับบริการ	12 เดือน
Marques LA et al. (2013) ⁽⁵²⁾	RCT	ซึมเศร้า	บราซิล	31	22	ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง	3 เดือน
Kanjanasilp J et al. (2016) ⁽⁵³⁾	RCT	จิตเภท	ไทย	93	95	ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิต ความรู้ และทัศนคติต่อการรักษา ปัญหาจากการใช้ยา และต้นทุนการรักษาพยาบาล	1 เดือน
Aljumah K et al. (2015) ⁽⁵⁴⁾	RCT	ซึมเศร้า	ซาอุดีอาระเบีย	119	120	ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง ความร่วมมือ ในการใช้ยา คุณภาพชีวิตทัศนคติและความ เชื่อต่อการรักษา และความพึงพอใจต่อการ รับบริการ	6 เดือน
Kaewkumbung J et al. (2015) ⁽⁵⁵⁾	RCT	จิตเภท	ไทย	50	50	ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง ความร่วมมือในการ ใช้ยา คุณภาพชีวิต ปัญหาจากการใช้ยา การกำเริบ ซ้ำและจำนวนครั้งของการมารับรักษา	6 เดือน
Mathys M et al. (2015) ⁽⁴⁸⁾	Non-RCT (Retrospec- tive)	ผู้ป่วย จิตเวชใน	สหรัฐอเมริกา	100	100	จำนวนครั้งของการรักษา และอื่นๆ เช่น ความถูกต้องของการประสานรายการยา อาการไม่พึงประสงค์จากยาหลังจาก โรงพยาบาล	12 เดือน หลังจาก โรงพยาบาล
Wolf C et al. (2015) ⁽⁴⁹⁾	Non-RCT (Prospective non-parallel)	ผู้ป่วย จิตเวชใน	เยอรมนี	131	134	ปัญหาจากการใช้ยา และอื่นๆ เช่น ความ เหมาะสมในการใช้ยา	3 เดือน หลังจาก โรงพยาบาล
Wiriyasirisakul W et al. (2016) ⁽⁵⁶⁾	RCT	จิตเภท	ไทย	32	37	ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้และทัศนคติ ต่อการรักษา และปัญหาจากการใช้ยา	1 เดือน
Mishra A et al. (2017) ⁽⁵⁷⁾	RCT	อารมณ์แปร ปรวนสองขั้ว	อินเดีย	38	35	ความร่วมมือในการใช้ยา และคุณภาพชีวิต	1 เดือน
Salazar-Ospina A et al. (2017) ⁽⁵⁸⁾	RCT	อารมณ์แปร ปรวนสองขั้ว	โคลัมเบีย	43	49	ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง จำนวนครั้งของ การมารับรักษา (นอกโรงพยาบาล) และอื่นๆ เช่น การเกิดภาวะฉุกเฉินการมาโรงพยาบาล ก่อนนัด	12 เดือน
Suanchang O et al. (2017) ⁽⁵⁹⁾	Retrospective cohort	อารมณ์แปร ปรวนสองขั้ว	ไทย	120	240	จำนวนครั้งของการมารับรักษาและอื่นๆ เช่น การเกิดภาวะฉุกเฉิน การกำเริบซ้ำ	ระยะยาว (เฉลี่ย 6.11 ปี)

หมายเหตุ PC คือ การบริบาลเภสัชกรรม UC คือ การรักษามาตรฐาน

ตารางที่ 2 รูปแบบและผลลัพธ์ของการบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช

การศึกษาศึกษาทางคลินิก	กิจกรรมการบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช		ผลลัพธ์															
	การค้นหาปัญหา	การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	การป้องกันปัญหาจากยา	การติดตามทางโทรศัพท์	การติดตามการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์	ร่วมปรึกษากับแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องยา	การสนับสนุนทางสังคมและแก้ไข	การใช้สื่อวิดีโอให้ข้อมูล	การให้ข้อมูลเรื่องยา	การให้ความรู้ผู้ป่วย	การทบทวนประวัติใช้ยา	การสัมภาษณ์เชิงลึก	ผลสัมฤทธิ์	จำนวนครั้งของการมารับบริการ	ความรู้และทัศนคติต่อการรักษา	ความพึงพอใจต่อการรับบริการ	ปัญหาจากการใช้ยา	
																		การแก้ไขปัญหา
การศึกษาศึกษาที่ทำในสถานพยาบาลปฐมภูมิ																		
Finley P(2002) ⁽³⁴⁾	NA	NA	√	√	√	NA	NA	NA	√	√	√	√	√	⊕	NA	NA	NA	NA
Finley PR (2003) ⁽³⁵⁾	√	√	√	√	√	NA	NA	NA	√	√	√	√	√	⊗	NA	⊗	NA	NA
Brook O (2003) ⁽³⁶⁾	NA	NA	√	√	√	√	NA	NA	√	√	√	√	√	⊕	NA	NA	NA	NA
Brook OH (2003) ⁽³⁷⁾	NA	√	√	√	√	√ ^B	NA	NA	√	√	√	√	√	NA	NA	NA	NA	NA
Adler DA (2004) ⁽³⁸⁾	√	√	√	√	√	NA	NA	NA	√	√	√	√	√	⊕	NA	⊗	NA	NA
Capoccia KL (2004) ⁽³⁹⁾	NA	√	√	√	√	NA	NA	NA	√	√	√	√	√	⊗	NA	⊗	NA	NA
Brook OH (2005) ⁽⁴⁰⁾	NA	NA	√	√	√	√	NA	NA	√	√	√	√	√	⊕	NA	NA	NA	NA
Bosmans JE (2007) ⁽⁴¹⁾	√	√	√	√	√	√	NA	NA	√	√	√	√	√	⊗	NA	⊗	NA	NA

ตารางที่ 2 (ต่อ) รูปแบบและผลลัพธ์ของการบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช

การศึกษาทางคลินิก	กิจกรรมการบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวช		ผลลัพธ์																	
	การค้นหาปัญหา	การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	การป้องกันปัญหาจากยา	การติดตามทางโทรศัพท์	การติดตามการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์	ร่วมปรึกษากับแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องยา	การสนับสนุนทางสังคมและแก้ไข	การใช้สื่อวิดีโอให้ข้อมูล	การให้ข้อมูลเรื่องยา	การให้ความรู้ผู้ป่วย	การทบทวนประวัติใช้ยา	การสัมภาษณ์เชิงลึก	ผลสัมฤทธิ์ทางคลินิกทางตรง	ความร่วมมือในการใช้ยา	คุณภาพชีวิต	จำนวนครั้งของการมารับรักษา	ความรู้และทัศนคติต่อการรักษา	ความพึงพอใจต่อการรับบริการ	ปัญหาจากการใช้ยา	
																				การแก้ไขปัญหา
การศึกษาที่ทำในร้านขายยาในชุมชน																				
Rickles NM (2005) ⁽⁴²⁾	NA	NA	√	√	√	NA	NA	NA	√	√	√	√	⊗	⊗	NA	NA	⊗	NA	NA	NA
Crockett J (2006) ⁽⁴³⁾	√	NA	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	⊗	⊗	NA	NA	⊗	NA	NA	NA
Rubio-Valera M (2012) ⁽⁴⁴⁾	√	NA	√	√	√	NA	NA	NA	√	√	√	√	⊗	⊗	NA	NA	⊗	NA	NA	NA
Klang SH (2015) ⁽⁴⁵⁾	NA	NA	√	√	√	NA	NA	NA	√	√	√	√	⊗	⊗	NA	NA	⊗	NA	NA	NA
Wright WA (2016) ⁽⁴⁶⁾	NA	NA	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	⊗	⊗	NA	NA	⊗	NA	NA	NA
การศึกษาที่ทำในโรงพยาบาล																				
1) การบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน																				
Canales PL (2001) ⁽⁴⁷⁾	√	√	√	√	√	NA	NA	NA	√	√	√	√	⊗	⊗	NA	NA	⊗	NA	NA	⊗
Mathys M (2015) ⁽⁴⁸⁾	NA	√	√	√	√	NA	NA	NA	√	√	√	√	⊗	⊗	NA	NA	⊗	NA	NA	⊗
Wolf C (2015) ⁽⁴⁹⁾	√	√	√	√	√	NA	NA	NA	√	√	√	√	⊗	⊗	NA	NA	⊗	NA	NA	⊗
2) การบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก																				

องค์ประกอบของการบริหารเภสัชกรรมประกอบด้วย 3 ด้านสำคัญ ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก และการทบทวนประวัติการรักษา 2) การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากยา เช่น การให้ความรู้ผู้ป่วย การให้ข้อมูลเรื่องยา การใช้วิดีโอให้ข้อมูลที่บ้าน การสนับสนุนทางสังคมเพื่อแก้ไขปัญหา และการที่เภสัชกรร่วมปรึกษากับแพทย์ และ 3) การป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา เช่น การติดตามการใช้ยาที่รวมถึงอาการอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ทั้งนี้ พบว่า มีการศึกษา 6 ฉบับที่ให้การบริหารเภสัชกรรมไม่ครบทั้ง 3 ด้าน ขาดมิติของการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา^(34,37,40,42,45,46) โดยแต่ละการศึกษา มีการติดตามผลลัพธ์อยู่ในช่วง 1 เดือน ถึง 12 เดือน และมี 6 ฉบับที่ติดตามผู้ป่วยนานมากกว่า 12 เดือน⁽⁵⁹⁾

เมื่อพิจารณาในด้านผลลัพธ์ พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ จะศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ด้านมนุษยธรรมหรือร่วมกัน และมีเพียง 3 ฉบับที่ศึกษาผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ร่วมด้วย^(41,47,53) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง จากแบบประเมินอาการทางคลินิกต่างๆ จำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาล ความรู้หรือทัศนคติต่อการรักษา และความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งจะใช้วิธีการวัด 3 วิธี ได้แก่ (ก) การวัดทางตรง เช่น การบันทึกของเภสัชกร (pharmacist record)^(34,35,39,42,44,46,51) และการนับจำนวนเม็ดยา (electronic pill หรือ pill count)^(40,41,44,50,54,55) และ (ข) การวัดทางอ้อม เช่น การรายงานด้วยตนเอง (self-report)^(38,39,42,47,55,56) และ (ค) วิธีอื่นๆ เช่น หากมีการปรับเปลี่ยนยา ให้เชื่อว่าเกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย^(43,45) โดยความร่วมมือในการใช้ยาและความรู้หรือทัศนคติต่อการรักษาถือเป็นผลลัพธ์กลาง (intermediate outcome) ของผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง ส่วนผลลัพธ์ด้านมนุษยธรรม ได้แก่ คุณภาพชีวิต^(39,43,44,47,51-54,56) และความพึงพอใจต่อการรับบริการ^(35,39,44,51,53) นั้น มี 4 ฉบับที่ศึกษาทั้ง 2 อย่างร่วมกัน^(39,44,51,53) และ 1 ฉบับที่ศึกษาผลลัพธ์เฉพาะความพึงพอใจต่อการรับบริการ⁽³⁵⁾

ผลการศึกษา จำแนกตามที่ตั้งของงานเภสัชกรรม ได้

ดังนี้

1) การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวชในสถานพยาบาลปฐมภูมิ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้าทั้งหมด โดยติดตามผู้ป่วย 3-6 เดือน และมี 1 ฉบับที่ติดตาม 12 เดือน⁽³⁹⁾ พบว่า ภาพรวมของการบริหารเภสัชกรรมทั้ง 3 ด้าน ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก และด้านมนุษยธรรม และเมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางคลินิกเฉพาะทางตรง พบว่า มีเพียงการศึกษา 2 ฉบับที่ระบุว่า การบริหารเภสัชกรรมดีกว่าการจ่ายยาแบบปกติ^(35,40) และมีการศึกษา 4 ฉบับที่รายงานว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม^(37,38,39,41) ส่วนความร่วมมือในการใช้ยานั้น มี 3 ฉบับที่รายงานว่า ความร่วมมือของผู้ป่วยดีกว่ากลุ่มควบคุม^(34,38,40) โดยเป็นการบริหารเภสัชกรรมที่ครบทั้ง 3 ด้านเพียง 1 ฉบับ และพบ 3 ฉบับที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม^(35,39,41) รวมถึงผลลัพธ์ของการมาโรงพยาบาล ก็รายงานในทิศทางเดียวกันว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม^(35,39) เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านมนุษยธรรมที่เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้นแล้ว พบว่า ไม่ได้มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม^(35,39) และเมื่อวิเคราะห์เฉพาะการศึกษาที่มีความเสี่ยงต่ออคติในระดับต่ำ ก็พบในทิศทางเดียวกัน คือ ไม่ได้ทำให้ค่าพารามิเตอร์ทางด้านคลินิกหรือด้านมนุษยธรรมของผู้ป่วยดีกว่าการได้รับยาแบบปกติ^(37,41)

2) การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวชในร้านขายยาในชุมชน มีการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าช่วง 3-6 เดือน และมี 1 ฉบับที่ติดตาม 12 เดือน⁽⁴⁶⁾ พบว่า การบริหารเภสัชกรรมไม่ได้ส่งผลโดยตรงกับผลลัพธ์ต่างๆ การศึกษาส่วนใหญ่ที่ให้ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรงไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม^(42,44) เช่นเดียวกับความร่วมมือในการใช้ยา⁽⁴²⁻⁴⁴⁾ แม้จะมีการศึกษา 2 ฉบับที่พบความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ก็ยังเป็นการศึกษาแบบ non-RCT มีการให้การบริหารเภสัชกรรมไม่ครบทั้ง 3 ด้าน และยังเป็นการศึกษาที่มีความเสี่ยงต่ออคติค่อนข้างสูง^(45,46) อย่างไรก็ตาม จาก 1 ใน 2 การศึกษานั้น พบว่า จำนวนครั้ง

ของการมาโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองจะดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยเป็นการศึกษาที่ติดตามผู้ป่วยนานถึง 12 เดือน และมีการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการแก้ไขปัญหาเป็นกิจกรรมเสริม⁽⁴⁶⁾

3) การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลเป็นการบริหารเภสัชกรรม ที่ทำครบทั้ง 3 ด้าน โดยจำแนกงานเภสัชกรรมตามลักษณะผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน จะมีกิจกรรมเสริมที่แตกต่างจากที่ตั้งอื่นๆ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การประสานรายการยา (medication reconcile) การที่เภสัชกรร่วมปรึกษากับแพทย์ พบว่า การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยในจะทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาของการใช้ยาดีกว่ากลุ่มควบคุม^(47,49) ซึ่งเป็นผลลัพธ์กลางที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรงให้มีความแตกต่างทางสถิติไปด้วย⁽⁴⁷⁾ แต่ก็ได้ไม่ได้ทำให้จำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาลที่เป็นพารามิเตอร์ที่แสดงถึงการกลับเป็นซ้ำและการกำเริบ⁽⁴⁸⁾ และความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁴⁷⁾ และ (2) การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิกทางตรง จากการศึกษา 5 ฉบับ พบว่าผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากมี 2 ฉบับที่พบว่าให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(52,55) มี 1 ฉบับที่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ⁽⁵⁸⁾ และมี 2 ฉบับที่ไม่พบความแตกต่างกันเลย^(51,54) เมื่อพิจารณาในภาพรวมทั้งงานเภสัชกรรมผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ด้านความร่วมมือในการใช้ยาจากการศึกษา รวม 9 ฉบับที่ทำในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย พบว่า 6 ใน 9 ฉบับทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(50-55,57) กิจกรรมเสริมที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ทางบวกในการศึกษา เช่น การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการแก้ไขปัญหา⁽⁵³⁻⁵⁵⁾ การมีเภสัชกรร่วมปรึกษากับแพทย์^(53,55) และการติดตามทางโทรศัพท์^(51,52,57) ใดๆก็ตามยังมี 1 ฉบับที่ให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มโดยเป็นการศึกษาที่ติดตามผู้ป่วยเพียง 1 เดือน มีกิจกรรมเสริมด้วยการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม และ

เป็นการศึกษาที่มีความเสี่ยงต่ออคติสูง⁽⁵⁶⁾ ด้านความรู้หรือทัศนคติต่อการรักษา มีการศึกษา 4 ฉบับ พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะมีความรู้หรือทัศนคติดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(53,54,56) โดย 1 ฉบับที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมนั้นทำในผู้ป่วยซึมเศร้า แต่ก็ยังเป็นการศึกษาที่มีความเสี่ยงต่ออคติในระดับที่ยังต้องพิจารณา⁽⁵⁰⁾ ผลลัพธ์ด้านมนุษยธรรม ได้แก่ คุณภาพชีวิต จากการศึกษา 5 ฉบับ พบว่า ยังไม่ชัดเจน แต่มีแนวโน้มทำให้คุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม^(52,54,56) โดยการศึกษาที่ไม่แตกต่างทางสถิตินั้นเป็นการศึกษาที่มีความเสี่ยงต่ออคติต่ำ^(51,53) ซึ่งมีความน่าเชื่อถือได้ว่าการบริหารเภสัชกรรมอาจมีผลเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้น้อย ซึ่งผลลัพธ์นี้มีทิศทางเดียวกันกับผลลัพธ์ทางคลินิกด้านใดด้านหนึ่ง^(51,53,54,56) ขณะที่ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจในบริการที่ได้รับนั้น ยังมีการศึกษาน้อย ไม่เพียงพอต่อการสรุปข้อมูล

วิจารณ์

การสรุปผลของการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเวชสามารถนำเสนอตาม ECHO model ได้ดังนี้

1) ผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ ถึงแม้ว่าการบริหารเภสัชกรรมจะทำให้ต้นทุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงขึ้น^(35,41,53) แต่ผลการศึกษาในระยะยาวกลับพบว่า การบริหารเภสัชกรรมจะมีความคุ้มค่ามากกว่าการจ่ายยาแบบปกติ^(46,60)

2) ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก พบว่า การบริหารเภสัชกรรมไม่ได้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกโดยตรง แต่อาจมีผลโดยอ้อมต่างๆ เช่น มีแนวโน้มทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้และทัศนคติต่อการรักษาดีขึ้นแตกต่างจากการจ่ายยาปกติ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่ทำในโรงพยาบาล⁽⁵⁰⁻⁵⁷⁾ แต่ผลลัพธ์ดังกล่าวไม่พบในการศึกษาที่ทำในสถานพยาบาลปฐมภูมิและร้านขายยา เนื่องจากมีการศึกษาที่ทำในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กด้วย^(39,41,42) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในการทดสอบทางสถิติ อีกทั้งบางการศึกษาที่ให้การบริหารเภสัชกรรมก็พบว่าไม่มีกิจกรรมที่ทำไม่ครบทั้ง

3 ด้านของงานบริหารเภสัชกรรม^(34,36,40,42,45,46) จึงมีอาจสร้างผลลัพธ์ที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมได้

3) ผลลัพธ์ด้านมนุษยธรรม พบว่า การบริหารเภสัชกรรมในทุกๆ ที่ตั้งของงานบริหารเภสัชกรรมไม่ได้ส่งผลให้เกิดความแตกต่างทางสถิติในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม พบว่า ผลลัพธ์ในด้านความพึงพอใจจะมีผลสัมพันธ์ไปในทิศทางบวกกับผลลัพธ์ทางคลินิก^(39,44,47,51,52,53,54,57) เช่น หากมีกิจกรรมที่สร้างความพึงพอใจต่อการรับบริการจะเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้นไปในทิศทางเดียวกัน^(35,39,44,53)

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบอีกว่า แม้จะมีหลายๆ กิจกรรมที่อาจส่งผลดีต่อผู้ป่วย แต่ยังขึ้นกับกลวิธีของการให้กิจกรรมในผู้ป่วยแต่ละราย และบริบทตามที่ตั้งของงานเภสัชกรรมด้วย เช่น ในสถานพยาบาลปฐมภูมิและร้านขายยา อาจมีการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย การสืบค้นปัญหาจากการใช้ยาด้วยการสื่อสารด้วยคำถามปลายเปิด⁽⁶¹⁾ การสัมภาษณ์เชิงลึก^(35,38) การใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาด้านอื่นๆ⁽⁶²⁾ และการแก้ไขปัญหาโดยวิธีการสนับสนุนทางสังคม^(38,46,53,55,56,58,59) ส่วนในโรงพยาบาล อาจมีกิจกรรมการประสานรายการยาของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาแก่แพทย์ การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ การรายงานปัญหาเรื่องปฏิกิริยากันระหว่างยา⁽⁶³⁾ การใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย^(35,50-52,56-58) การติดตามการใช้ยาและการจัดยาแบบหนึ่งหน่วยการใช้ (unit of use packaging)⁽⁵¹⁾ เป็นต้น

สรุปโดยภาพรวมจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้ พบว่าการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลน่าจะทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยดีขึ้น และเนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย การทดสอบความแตกต่างทางสถิติจึงไม่อาจสรุปได้ชัดเจนว่า ผลลัพธ์ของการบริหารเภสัชกรรมจะดีกว่าการจ่ายยาแบบปกติหรือไม่อย่างไร และกิจกรรมใดบ้างที่ควรส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งผลลัพธ์ทางด้านคลินิก ด้านเศรษฐศาสตร์และด้าน

มนุษยธรรมที่ควรนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ข้อยุติและข้อเสนอแนะ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแต่ละการศึกษามีจำนวนน้อย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหากมีการศึกษาต่อไปที่ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น ผลลัพธ์ที่เกิดอาจแสดงให้เห็นความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมได้ อีกทั้งเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ในบางการศึกษาชัดเจนมากขึ้น จึงเสนอแนะว่า ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานต่อไป

References

1. Stal SM. Psychosis and schizophrenia. In: Stahi SM, editor. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basic and practical applications. 4th ed. New York: Cambridge University Press; 2013.
2. Sarkhel S. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry, 10th ed. Indian Journal of Psychiatry 2009;51(4):331.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
4. International statistical classification of diseases and related health problems. World Health Organization. 10th revision, 5th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.
5. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Asanangkornchai S, Tanaree A, Kwansanit P, et al. Prevalence of mental disorders and mental health problems: results from Thai national mental health survey 2013. Bangkok: Beyond Publishing; 2016. (in Thai)
6. Pengjuntr W, Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Chutha W, Boonyamarik P, Arunpongpaian S, et al. Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. (Report). Department of Mental Health; 2010.
7. Dipiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey

- L, et al. *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach*. 10th ed. New York: McGraw-Hill; 2017.
8. Sitdhiraksa N, Kaewpornawan K, Pukrittayakamee P, Ketumarn P, Wannasewok K, Wannarit K. editor. *Siriraj Psychiatry DSM-5*. 2nd ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2559. (in Thai)
 9. Bowtell M, Eaton S, Thien K, Bardell-Williams M, Downey L, Ratheesh A, et al. Rates and predictors of relapse following discontinuation of antipsychotic medication after a first episode of psychosis. *Schizophr Res* 2018 May;195:231-6.
 10. Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, Scholten WD, Huijbregts KM, van Balkom AJLM. Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ* 2017 Sep13;358:j3927.
 11. Ho SC, Chong HY, Chaiyakunapruk N, Tangiisuran B, Jacob SA. Clinical and economic impact of non-adherence to antidepressants in major depressive disorders: a systematic review. *J Affect Disord* 2016 Mar 15;193:1-10.
 12. Dilla T, Ciudad A, Alvarez M. Systematic review of the economic aspects of non-adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia. *Patient Prefer Adherence* 2013 Apr 4;7:275-84.
 13. Berger BA, Krueger KP, Felkey BG. The pharmacist's role in treatment adherence. Part1: extent of the problem. *US Pharm* 2004;29(11):50-4.
 14. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003.
 15. Dickinson D, Wilkie P, Harris M. Taking medicines: concordance is not compliance. *BMJ* 1999;319(7212):787.
 16. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw-Hill, Health Professions Division; 1998.
 17. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP statement on principles for including medications and pharmaceutical care in health care systems. *Am J Hosp Pharm* 1993; 50:756-7.
 18. Richardson TE, O'Reilly CL, Chen TF. A comprehensive review of the impact of clinical pharmacy services on patient outcomes in mental health. *Int J Clin Pharm* 2014 Apr;36(2):222-32.
 19. Ellenor GL, Frisk PA. Pharmacist impact on drug use in an institution for the mentally retarded. *Am J Hosp Pharm* 1977 Jun;34(6):604-8.
 20. Inoue F. A clinical pharmacy service to reduce psychotropic medication use in an institution for mentally handicapped persons. *Ment Retard* 1982 Apr;20(2):70-4.
 21. Alexander B, Nasrallah HA, Perry PJ, Liskow BI, Dunner FJ. The impact of psychopharmacology education on prescribing practices. *Hosp Community Psychiatry* 1983 Dec;34(12):1150-3.
 22. Saklad SR, Ereshefsky L, Jann MW, Crismon ML. Clinical pharmacists' impact on prescribing in an acute adult psychiatric facility. *Drug Intell Clin Pharm* 1984 Jul-Aug;18(7-8):632-4.
 23. Gray DR, Namikas EA, Sax MJ, Brinkman J, Cheung A, Gordon M, et al. 3rd ed. *Clinical pharmacists as allied health care providers to psychiatric patients*. *Contemp Pharm Pract* 1979 Summer;2(3):108-16.
 24. Suanchang O, Suthisang C, Visanuyothin T, Skawatananont C. Development and evaluation of a pharmaceutical care process in patients with bipolar disorder at outpatient lithium clinic of Somdet Chaopraya Hospital. Bangkok: Mahidol University; 2002.
 25. Wang I, Dopheide JA, P G. Role of a psychiatric pharmacist in a Los Angeles "Skid-Row" safety-net clinic. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2011;88(4):718-23.
 26. Chong WW, Aslani P, Chen TF. Effectiveness of interventions to improve antidepressant medication adherence: a systematic review. *Int J ClinPract* 2011 Sep;65(9):954-75.
 27. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belio J, Fernández A, García-Campayo J, Pujol MM, et al. Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2011 Jan;45(1):39-48.
 28. Al-Jumah KA, Qureshi NA. Impact of pharmacist interventions on patients' adherence to antidepressants and patient-reported outcomes: a systematic review. *Patient Prefer Adherence* 2012;6:87-100.
 29. Readdean KC, Heuer AJ, Scott Parrott J. Effect of pharmacist intervention on improving antidepressant medication adherence and depression symptomology: a systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm* 2018 Apr;14(4):321-31.
 30. Kozma CM, Reeder CE, Schulz RM. Economic, clinical, and humanistic outcomes: a planning model for pharmaco-economic research. *Clinical Therapeutics* 1993;15:1121-



- 32.
31. Centre for Reviews and Dissemination. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York: University of York; 2006.
32. Sterne JAC, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions. *BMJ*. 2016;355.
33. Higgins JPT, Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Hróbjartsson A, Boutron I, et al. A revised tool for assessing risk of bias in randomized trials. *Cochrane Methods Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;10 (Suppl 1):29-31.
34. Finley PR, Rens H, Pont J, Gess S, Louie C, Bull S, et al. Impact of a collaborative pharmacy practice model on the treatment of depression in primary care. *Am J Health-Syst Ph* 2002;59(16):1518-26.
35. Finley PR, Rens HR, Pont JT, Gess SL, Louie C, Bull SA, et al. Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy* 2003;23(9):1175-85.
36. Brook OH, Van Hout HPJ, Nieuwenhuysea H, De Haan M. Effects of coaching by community pharmacists on psychological symptoms of antidepressant users; a randomised controlled trial. *Eur Neuropsychopharm* 2003.13(5):347-54.
37. Brook O, Van Hout H, Nieuwenhuyse H, Heerdink E. Impact of coaching by community pharmacists on drug attitude of depressive primary care patients and acceptability to patients: a randomized controlled trial. *Eur Neuropsychopharm* 2003.13(1):1-9.
38. Adler DA, Bungay KM, Wilson IB, Pei Y, Supran S, Peckham E, et al. The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. *General Hospital Psychiatry* 2004;26(3):199-209.
39. Capoccia KL, Boudreau D, Blough D, Ellsworth A, Clark D, Stevens N, et al. Randomized trial of pharmacist interventions to improve depression care and outcomes in primary care. *Am J Health-Syst Ph* 2004;61(4):364-72.
40. Brook OH, van Hout H, Stalman W, Nieuwenhuyse H, Bakker B, Heerdink E, et al. A pharmacy-based coaching program to improve adherence to antidepressant treatment among primary care patients. *Psychiatr Serv* 2005;56(4):487-9.
41. Bosmans JE, Brook OH, van Hout HP, de Bruijne MC, Nieuwenhuyse H, Bouter LM, et al. Cost effectiveness of a pharmacy-based coaching programme to improve adherence to antidepressants. *Pharmacoeconomics* 2007;25(1):25-37.
42. Rickles NM, Svarstad BL, Statz-Paynter JL, Taylor LV, Kobak KA. Pharmacist telemonitoring of antidepressant use: effects on pharmacist-patient collaboration. *J Am Pharm Assco* 2005;45(3):344-53.
43. Crockett J, Taylor S, Grabham A, Stanford P. Patient outcomes following an intervention involving community pharmacists in the management of depression. *Aust J Rural Health* 2006;14(6):263-9.
44. Rubio-Valera M, March Pujol M, Fernández A, Peñarrubia-María MT, Travé P, López del Hoyo Y, et al. Evaluation of a pharmacist intervention on patients initiating pharmacological treatment for depression: a randomized controlled superiority trial. *Eur Neuropsychopharm* 2012;23(9):1057-66.
45. Klang SH, Ben-Amnon Y, Cohen Y, Barak Y. Community pharmacists' support improves antidepressant adherence in the community. *Int Clin Psychopharm* 2015;30(6):316-9.
46. Wright WA, Gorman JM, Odorzynski M, Peterson MJ, Clayton C. Integrated pharmacies at community mental health centers: medication adherence and outcomes. *J Mang Care Spec Ph* 2016;22(11):1330-6.
47. Canales PL, Dorson PG, Crismon ML. Outcomes assessment of clinical pharmacy services in a psychiatric inpatient setting. *Am J Health Syst Pharm* 2001 Jul 15;58(14):1309-16.
48. Mathys M, Neyland-Turner E, Hamouie K, Kim E. Effect of pharmacy students as primary pharmacy members on inpatient interdisciplinary mental health teams. *Am J Health Syst Pharm* 2015 Apr 15;72(8):663-7.
49. Wolf C, Pauly A, Mayr A, Grömer T, Lenz B, Kornhuber J, et al. Pharmacist-led medication reviews to identify and collaboratively resolve drug-related problems in psychiatry-a controlled, clinical trial. *PLoS One* 2015 Nov 6;10(11):e0142011.
50. Al-Saffar N, Deshmukh AA, Carter P, Adib SM. Effect of information leaflets and counselling on antidepressant adherence: open randomised controlled trial in a psychiatric hospital in Kuwait. *International Journal of Pharmacy Practice* 2005;13: 123-31.
51. Valenstein M, Kavanagh J, Lee T, Reilly P, Dalack GW, Grabowski J, et al. Using a pharmacy-based intervention to improve antipsychotic adherence among patients with serious mental illness. *Schizophr Bull* 2011 Jul;37(4):727-36.
52. Marques LA, Galduróz JC, Fernandes MR, Oliveira CC, Beijo

- LA, Noto AR. Assessment of the effectiveness of pharmacotherapy follow-up in patients treated for depression. *J Manag Care Pharm* 2013 Apr;19(3):218-27.
53. Kanjanasilp J, Ploylearmsang C. A short term outcomes of pharmaceutical care in Thai patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. *J Sci Technol* 2016;38(2):189-97.
54. Aljumah K, Hassali MA. Impact of pharmacist intervention on adherence and measurable patient outcomes among depressed patients: a randomised controlled study. *BMC Psychiatry* 2015 Sep 16;15:219.
55. Kaeokumbong J, Chaiyakum A. Effectiveness of pharmaceutical care at schizophrenia clinic in psychiatric hospital. *IJPS* March 2015;11(Supplement):159-67.
56. Wiriyasirisakul T, Isariyachaikul T, Isariyachaikul J. Outcomes of pharmaceutical care in outpatients with schizophrenia: a randomized controlled trial. *TJPP* Dec 2016;8(2):377-87. (in thai)
57. Mishra A, Krishna GS, Alla S, Kurian TD, Kurian J, Ramesh M, et al. Impact of pharmacist-psychiatrist collaborative patient education on medication adherence and quality of life (QOL) of bipolar affective disorder (BPAD) patients. *Front Pharmacol* 2017 Oct 10;8:722.
58. Salazar-Ospina A, Amariles P, Hincapié-García JA, González-Avendaño S, Benjumea DM, Faus MJ, Rodriguez LF. Effectiveness of the Dader method for pharmaceutical care on patients with bipolar I disorder: results from the EMDADER-TAB Study. *J Manag Care Spec Pharm* 2017 Jan;23(1):74-84.
59. Suanchang O, Kulsomboon V, Sirisinsuk Y, Phoomchan N, Skawatananont C. Clinical outcomes of a pharmaceutical care service in lithium clinic adjunct to standard care compared with standard care alone in patients with bipolar disorder: 10 years naturalistic retrospective cohort study. *TJPS* 2017;41(4):166-73.
60. Suanchang O. Cost effectiveness analysis of a pharmaceutical care service in lithium clinic for patients with bipolar disorder [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015.
61. Farhat NM, Bostwick JR, Rockafellow SD. Improving ambulatory care resident training: preparing for opportunities to treat mental illness in the primary care setting. *JPP* 2017. 2017:0897190017729598.
62. McKee JR, Lee KC, Cobb CD. Psychiatric pharmacist integration into the medical home. *The Primary Care Companion for CNS Disorders* 2013;15(4).
63. Tewksbury A, Bozyski KM, Ruekert L, Lum C, Cunningham E, Covington F. Development of collaborative drug therapy management and clinical pharmacy services in an outpatient psychiatric clinic. *J Pharm Pract* 2018 Jun;31(3):272-8.

ประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี

ยศ วัชรคุปต์*

วรรณภา คุณากรวงศ์*

พลิชฎี พ้องา*

สาวิณี สุริยนิรัตน์†

ผู้รับผิดชอบบทความ: ยศ วัชรคุปต์

บทคัดย่อ

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลให้ประเทศไทยต้องเตรียมพร้อมในด้านต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านการดูแลด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ถดถอยลง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 600 ล้านบาท สำหรับโครงการ “ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” (Long-term care: LTC) ในพื้นที่นำร่อง

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ประสิทธิผลของการให้บริการการดูแลระยะยาวภายใต้โครงการดังกล่าวในจังหวัดอุดรธานี โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 405 คน จำแนกเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับบริการแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) จำนวน 261 คน และภายใต้โครงการ LTC (กลุ่มทดลอง) จำนวน 144 คน ซึ่งได้รับบริการการดูแลระยะยาวภายใต้แผนการดูแล (care plan) เช่น การตรวจวัด vital sign การดูแลกิจวัตรประจำวัน การทำกายภาพบำบัด ทั้งนี้ การวิเคราะห์ประสิทธิผลของโครงการ LTC วัดจากคะแนนเฉลี่ยดัชนีบาร์เธลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: Barthel ADL) ของผู้เข้าร่วมโครงการหลังจากที่ได้รับบริการการดูแลระยะยาวเป็นเวลาประมาณ 4 เดือน

การศึกษพบว่า การให้บริการการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการภายใต้โครงการ LTC มีคะแนน Barthel ADL เฉลี่ย ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ประมาณ 1 คะแนน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโครงการ LTC มีประสิทธิผล ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น และสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวลงได้ถึง 5.7 ล้านบาทด้วยต้นทุนการให้บริการ 7.2 แสนบาท ภาครัฐจึงควรสนับสนุนให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลระยะยาวของภาคส่วนต่างๆ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กิจวัตรประจำวัน

* มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

† มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

An Effectiveness Analysis of the Long-Term Care Plans in Udon Thani Province

Yos Vajragupta*, Wannapha Kunakornvong*, Phasith Phatchana*, Savinee Suriyanratakorn†

* Thailand Development Research Institute Foundation

† Udon Thani Rajabhat University

Corresponding author: Yos Vajragupta, yos@tdri.or.th

Abstract

As Thailand enters ageing society, it is increasingly necessary to be economically and socially prepared. The health care system deserves particular attention for the reason that elderly's health tends to deteriorate overtime. In this regard, in fiscal year 2016, the National Health Security Office (NHSO) allocated 600 million baht for the "Long-term Care System for Dependent Elderly (LTC)" program.

The objective of this study was to analyse the effectiveness of long-term care services under the LTC program in Udon Thani province. The study examined a total of 405 elderly who received long-term care services. The participants were divided into two groups: a control group of 261 elderly who received regular services; and an intervention group of 144 elderly who were under the LTC program.

The elderly participated in the LTC program received long-term care services according to care plan provided by care manager. The services included vital sign measurement, Barthel activities of daily living (Barthel ADL) care, and physical therapy. After four months of receiving long-term care services, the effectiveness of the LTC was analyzed based on the average Barthel ADL index of both groups of participants.

The study found that both regular services and LTC program encouraged the elderly to be more independent in performing activities of daily living. Specifically, the intervention group has significantly higher Barthel ADL index than that of the control group ($p < 0.05$) by approximately 1 point. This difference suggests that the LTC program was likely to be more effective than the regular program.

In addition, the LTC program was more cost-saving than regular services. The LTC program costed only 0.72 million baht, saving the intervention group's costs of care by approximately 5.7 million baht. The results suggested that the government should support the LTC service and encouraged participation from various societal sectors, ranging from family, communal, local, to governmental levels.

Keywords: long-term care, elderly, dependent elderly, ADL

บทคัดย่อและเหตุผล

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและสัดส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี องค์การสหประชาชาติคาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หรือมีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2563⁽¹⁾ ทั้งนี้ ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเนื่องจากสมรรถภาพและสุขภาพร่างกายที่ถดถอย โดยในปี พ.ศ. 2557 ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 16 มีสุขภาพไม่ดีถึงไม่ดีมากและประสบปัญหาในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (activities of daily living:

ADL) จากการประเมินด้วยดัชนีบาร์เธล ADL (Barthel ADL) เช่น การกินอาหาร การใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำห้องส้วมและผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 90 ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีผู้ดูแล ในขณะที่กลุ่มที่มีผู้ดูแล กว่าร้อยละ 90 เป็นคู่สมรสและ/หรือลูก⁽²⁾ และภายใต้สถานการณ์ปัจจุบันที่ครอบครัวมีขนาดเล็กลงทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาขาดผู้ดูแลในการใช้ชีวิตประจำวันในอนาคตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.7 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2557

รัฐบาลให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและตระหนักถึง



ปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านระบบ การดูแลระยะยาว (long-term care) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุ สามารถดูแลตัวเองได้ระดับหนึ่ง ไม่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งลดภาระต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว โดยการสนับสนุนงบประมาณให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำนวน 600 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2559 เพื่อการจัดระบบ บริการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2559 (โครงการ Long-term care: LTC) จัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือมีภาวะติดบ้าน/ติดเตียงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วย บริการปฐมภูมิและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน ตลอดจนครอบครัว อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาวะและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น งบประมาณของการ ดำเนินงานในปีแรกจำแนกเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดทำ ฐานข้อมูลจำนวน 100 ล้านบาท และค่าใช้จ่ายสำหรับการ ให้บริการการดูแลระยะยาวจำนวน 500 ล้านบาท⁽³⁾ โดยจัด บริการการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงประมาณ 100,000 ราย (เฉลี่ยรายละ 5,000 บาทต่อคนต่อปี) ครอบคลุมพื้นที่ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ และพื้นที่ของหน่วยงานสังกัดกรุงเทพมหานครรวมจำนวนประมาณ 1,000 แห่ง

การดูแลระยะยาวในรูปแบบปกติในปัจจุบันไม่มีการกำหนดแนวทางหรือระยะเวลาของการดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้านอย่างชัดเจน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเป็นไปตาม ความต้องการบริการการดูแล ซึ่งได้รับการรายงานและให้ บริการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รูปแบบการให้ บริการเป็นไปตามบริบทและต้นทุนในแต่ละพื้นที่ แต่เดิม บริการระยะยาวที่ให้แก่ผู้สูงอายุยังไม่มีกำหนดรูปแบบ และรายละเอียดของบริการอย่างเป็นระบบ เมื่อมีโครงการ การให้บริการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้

สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงได้มีการกำหนดให้จัดทำแผนการ ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ (care plan) อย่างเป็นระบบ ชัดเจนขึ้น ซึ่งเป็นเงื่อนไขของการเบิกจ่ายงบประมาณ

ผู้จัดการดูแลทำหน้าที่ประเมินผู้สูงอายุก่อนการ ให้บริการ จัดทำ care plan ประเมินการดูแลและปรับ แผนการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง care plan ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้สูงอายุ/ผู้รับบริการ สุขภาพและ ความต้องการการดูแลด้านสาธารณสุข ข้อควรระวังด้าน สุขภาพ รูปแบบบริการและผู้ดูแล โดยมีการกำหนดรูปแบบ และกิจกรรมการให้บริการ เช่น บริการด้านการพยาบาล ด้านกายภาพบำบัด การให้คำแนะนำด้านสุขภาวะ รวมถึง ความถี่ของการให้บริการ ซึ่งรูปแบบของกิจกรรม/บริการ และความถี่ในการให้บริการมีความแตกต่างกันไปตาม สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากนั้นคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะ ยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะร่วมกันพิจารณา care plan ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เมื่อคณะอนุกรรมการฯ เห็นชอบตามที่ประชุม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็จะ ดำเนินการจัดสรรงบประมาณอุดหนุนผู้สูงอายุส่งต่อให้ หน่วยบริการสุขภาพ

ทั้งนี้ การให้บริการตาม care plan ทำให้การดูแลผู้ สูงอายุระยะยาวที่บ้านได้รับการพัฒนาให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น เป็นการวางแผนที่เหมาะสมกับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับบริการที่ตอบสนองต่อ ความต้องการ

บทความนี้นำเสนอการวิเคราะห์ประสิทธิผลการ ดำเนินงานของรูปแบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มที่ได้รับ บริการภายใต้โครงการ LTC ของ สปสช. เปรียบเทียบกับ กลุ่มที่ได้รับการแบบเดิมที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในจังหวัด อุตรดิตถ์

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบ cohort study เนื่องจากการ ศึกษาวิวัฒนาการประสงค์เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงคะแนน

เฉลี่ย Barthel ADL ของผู้สูงอายุ โดยจำแนกผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับบริการแบบเดิมที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้รับบริการภายใต้โครงการ LTC (กลุ่มทดลอง) เก็บข้อมูลสองกลุ่ม ก่อนและหลังการดำเนินโครงการ (two group pre-test-posttest design) คือในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2559 และช่วงเดือนเมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2560 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการประเมินว่าเป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงด้วยแบบประเมินการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานตามมาตรฐาน/เกณฑ์การประเมินของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และไม่ได้รวมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุประเภทติดเตียงมีคะแนน Barthel ADL รวม ≤ 4 และผู้สูงอายุประเภทติดบ้านมีคะแนน Barthel ADL รวม 5-11⁽⁴⁾ ทั้งนี้ยังจำแนกผู้สูงอายุทั้ง 2 ประเภทออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับบริการการดูแลระยะยาวตามรูปแบบปกติหรือกลุ่มควบคุม (control group) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนในการจัดระบบบริการการดูแลระยะยาวภายใต้โครงการ LTC การให้บริการการดูแลระยะยาวเป็นไปตามบริบทของพื้นที่และทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด และกลุ่มที่ได้รับบริการการดูแลระยะยาวภายใต้โครงการ LTC หรือกลุ่มทดลอง (intervention group) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนในการจัดระบบบริการการดูแลระยะยาวอย่างเหมาะสม ครอบคลุมการประเมินผู้สูงอายุ การจัดทำ care plan และติดตามการดำเนินงานของผู้ดูแล หรือ caregivers รวมทั้งการบริหารจัดการของคณะกรรมการ LTC ของตำบล

การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้การทดสอบแบบ t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ภายใต้สมมติฐานแบบ two-tailed และเงื่อนไขของขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งได้จากผลการศึกษาของงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เท่ากับ 0.33⁽⁵⁾ ที่ระดับนัยสำคัญ (significance level, α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการ

ทดสอบ (power of the test, $1-\beta$) เท่ากับ 0.80 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 292 ตัวอย่าง ซึ่งสามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ด้วยความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 อย่างไรก็ดี เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ จึงเพิ่มขนาดของตัวอย่างอีกร้อยละ 40 ทำให้เก็บตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 405 ตัวอย่าง

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยแบบสอบถามที่ออกแบบโดยคณะวิจัย โดยมีเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีมาอบรมการเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และได้รับความร่วมมือ/ประสานงานเก็บข้อมูลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลในพื้นที่แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ เพศ การศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ผู้ให้การดูแล โรคประจำตัว การใช้สิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาล การรับรู้การประชาสัมพันธ์โครงการและกิจกรรมทางสังคมที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เป็นแบบประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งครอบคลุมกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า/แปรงฟัน การขึ้น/ลงเตียงและเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวกายในห้อง/บ้าน การแต่งตัวสวมใส่/ถอดเสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ และการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ โดยอ้างอิงจากแบบสอบถามของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾

ส่วนที่ 3 แผนการดูแล (care plan) เป็นการสอบถามถึงบริการและรูปแบบของบริการที่ผู้สูงอายุแต่ละคนได้รับใน 1 สัปดาห์

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาว

เป็นการสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาว
ทั้งจากผู้สูงอายุ จำนวน 3 ข้อ และ/หรือผู้ดูแล จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เป็นการ
สอบถามการมีส่วนร่วมและความช่วยเหลือจากภาคส่วน
ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในชุมชนและนอก
ชุมชน ทั้งที่เป็นหน่วยงานของรัฐและภาคเอกชน

โดยในรายงานนี้จะนำเสนอเฉพาะข้อมูลในส่วนที่ 1
(บางส่วน) และข้อมูลในส่วนที่ 2 เท่านั้น โดยนำเสนอเป็น
ข้อมูลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยอาศัย
ความน่าจะเป็นแบบ simple random sampling (SRS)
ในพื้นที่ 35 ตำบลใน 10 อำเภอของจังหวัดอุดรธานี โดย
ทุกพื้นที่เป็นอิสระต่อกัน ดังแสดงวิธีการสุ่มตัวอย่างใน
ภาพที่ 1

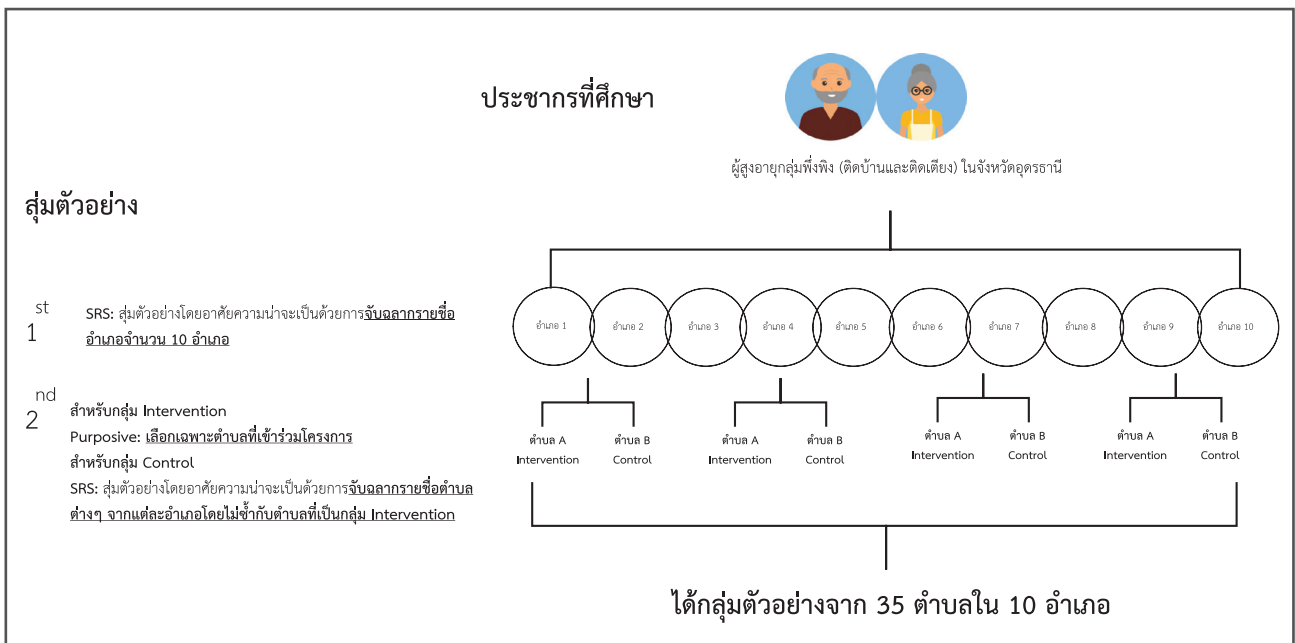
การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ช่วงเวลาคือ ระยะที่ 1
ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2559 และระยะที่

2 ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2560 (หลัง
จากได้รับบริการการดูแลระยะยาวเป็นเวลา 4-6 เดือน)
การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 15-25 นาที
ต่อรายขึ้นกับความสนใจและการให้ความร่วมมือของผู้ตอบ
แบบสอบถาม

การศึกษานี้ไม่ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์ แต่ในกระบวนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจง
วัตถุประสงค์และการนำผลโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์
ให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับทราบก่อนการดำเนินการเก็บ
ข้อมูล และได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการโดยลง
นามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย (consent form) เป็น
ที่เรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าสถิติ
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ภายใต้สมมติฐานของการศึกษาที่
ว่า คะแนน ADL ของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลังจาก



ภาพที่ 1 แผนผังการสุ่มตัวอย่าง

หมายเหตุ SRS คือวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยอาศัยความน่าจะเป็นแบบ Simple Random Sampling

ที่ได้เข้าร่วมโครงการ และกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการ LTC กับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ LTC มีระดับคะแนนที่แตกต่างกัน ในการศึกษานี้ได้เลือกใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ในรูปแบบ difference in difference (DiD) ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินผลกระทบของโครงการหรือนโยบายใหม่ๆ โดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างก่อนและหลังที่มีการดำเนินนโยบายในช่วงเวลาหนึ่งซึ่งไม่จำเป็นว่า นโยบายหรือโครงการนั้นจบไปแล้วหรือยังดำเนินงานอยู่ โดยการคำนวณใช้ค่าเฉลี่ย \bar{Y}_t^g (โดย g คือ กลุ่มตัวอย่าง ($I =$ กลุ่มทดลอง $C =$ กลุ่มควบคุม) และ t คือ ช่วงระยะเวลา) ของแต่ละกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงเวลาของการดำเนินโครงการ^(6,7) ดังแสดงในตารางที่ 1 และการศึกษาพิจารณาระดับนัยสำคัญทางสถิติ หรือ ค่า p -value < 0.05 และใช้โปรแกรม Stata 15 ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

คุณลักษณะของกลุ่มผู้สูงอายุ

การศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวน 405 คนนั้นมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันดังแสดงในตารางที่ 2 กล่าวคือ กว่าร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 45 มีอายุมากกว่า 80 ปี ด้านการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 94 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

และรายได้ต่อปีของครัวเรือนนั้น เกินกว่าครึ่งมีรายได้น้อยกว่า 100,000 บาทต่อปี

ผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 60 มีโรคประจำตัว อันได้แก่โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอื่นๆ โดยสัดส่วนของผู้ที่มีโรคประจำตัวในกลุ่มติดบ้านสูงกว่ากลุ่มติดเตียงเล็กน้อย ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดใช้สวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล ร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุจะมีสมาชิกอาศัยอยู่ในบ้านร่วมกันจำนวน 2-5 คน ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมีสัดส่วนไม่มากนักและไม่พบในกลุ่มผู้สูงอายุประเภทติดเตียง สำหรับผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุหลักคือ “ลูก” และ “คู่สมรส” โดยมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 85 ของผู้ดูแลทั้งหมด นอกจากนั้นแล้วยังพบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79) และอยู่ในกลุ่มวัยกลางคนช่วงอายุ 40-59 ปี (ร้อยละ 52) และเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ

ภาพที่ 2 แสดงให้เห็นว่าการเก็บข้อมูลในระยะที่ 2 หลังจากที่ได้ผ่านการให้บริการการดูแลระยะยาวเป็นเวลา 4-6 เดือนนั้น มีผู้ที่เสียชีวิตหรือไม่สามารถติดตามได้จำนวน 74 ตัวอย่าง ทำให้เหลือจำนวนประชากรตัวอย่างทั้งสิ้น 331 ตัวอย่าง หรือเท่ากับว่ามีกลุ่มตัวอย่างลดลงไปร้อยละ 18 ทั้งนี้ ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 ไม่แตกต่างจากระยะที่ 1 มากนัก

ตารางที่ 1 รูปแบบการประเมินประสิทธิภาพของโครงการ

	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	Difference
กลุ่มทดลอง	\bar{Y}_0^I	\bar{Y}_1^I	$\bar{Y}_1^I - \bar{Y}_0^I$
กลุ่มควบคุม	\bar{Y}_0^C	\bar{Y}_1^C	$\bar{Y}_1^C - \bar{Y}_0^C$
Difference	$\bar{Y}_0^I - \bar{Y}_0^C$	$\bar{Y}_1^I - \bar{Y}_1^C$	$(\bar{Y}_1^I - \bar{Y}_0^I) - (\bar{Y}_1^C - \bar{Y}_0^C)$

หมายเหตุ: \bar{Y}_t^g คือ คะแนน ADL เฉลี่ย โดย g คือ กลุ่มตัวอย่าง ($I =$ กลุ่มทดลอง $C =$ กลุ่มควบคุม) และ t คือ ช่วงระยะเวลา ($0 =$ ระยะที่ 1 และ $1 =$ ระยะที่ 2)



ตารางที่ 2 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาที่ 1 และ 2 (ร้อยละของกลุ่มประชากร)

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			กลุ่ม ADL		
	ติดตาม	ติดตาม	รวม	ติดตาม	ติดตาม	รวม	ติดตาม	ติดตาม	รวม
ระยะที่ 1									
เพศ									
ชาย	39.6	38.0	38.7	42.0	26.6	31.9	40.4	33.6	36.3
หญิง	60.4	62.0	61.3	58.0	73.4	68.1	59.6	66.4	63.7
อายุ									
60-64 ปี	9.9	7.3	8.4	14.0	7.4	9.7	11.2	7.4	8.9
65-69 ปี	15.3	11.3	13.0	14.0	19.1	17.4	14.9	14.3	14.6
70-74 ปี	10.8	18.0	14.9	14.0	10.6	11.8	11.8	15.2	13.8
75-79 ปี	20.7	16.7	18.4	16.0	18.1	17.4	19.3	17.2	18.0
80 ปีขึ้นไป	43.2	46.7	45.2	42.0	44.7	43.8	42.9	45.9	44.7
การศึกษา									
ต่ำกว่าประถมศึกษา	15.3	18.7	17.2	18.0	20.2	19.4	16.1	19.3	18.0
ประถมศึกษา	74.8	75.3	75.1	74.0	76.6	75.7	74.5	75.8	75.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.8	0.7	1.1	4.0	1.1	2.1	2.5	0.8	1.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1.8	4.0	3.1	0.0	0.0	0.0	1.2	2.5	2.0
สูงกว่ามัธยมศึกษา	1.8	0.0	0.8	0.0	1.1	0.7	1.2	0.4	0.7
อื่นๆ (ปวส., ปวช., บวชเรียน)	4.5	1.3	2.7	4.0	1.1	2.1	4.3	1.2	2.5
รายได้ครอบครัวต่อปี									
ต่ำกว่า 49,999 บาท	24.3	28.7	26.8	20.0	30.9	27.1	23.0	29.5	26.9
50,000-59,999 บาท	9.9	7.3	8.4	14.0	12.8	13.2	11.2	9.4	10.1
60,000-69,999 บาท	8.1	9.3	8.8	14.0	4.3	7.6	9.9	7.4	8.4
70,000-79,999 บาท	9.0	4.0	6.1	6.0	8.5	7.6	8.1	5.7	6.7
80,000-99,999 บาท	6.3	4.0	5.0	4.0	4.3	4.2	5.6	4.1	4.7
100,000 บาทขึ้นไป	42.3	46.7	44.8	42.0	39.4	40.3	42.2	43.9	43.2
จำนวนสมาชิกในครอบครัว									
อาศัยอยู่ลำพัง	0.0	3.3	1.9	0.0	6.4	4.2	0.0	4.5	2.7
สมาชิกในครอบครัว 2-3 คน	29.7	30.0	29.9	46.0	44.7	45.1	34.8	35.7	35.3
สมาชิกในครอบครัว 4-5 คน	47.7	39.3	42.9	38.0	28.7	31.9	44.7	35.2	39.0
สมาชิกในครอบครัว 6 คนขึ้นไป	22.5	27.3	25.3	16.0	20.2	18.8	20.5	24.6	23.0
ผู้ดูแลหลักคือ									
คู่สมรส	30.6	23.5	26.5	28.0	30.4	29.6	29.8	26.1	27.6
พ่อ/แม่	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ลูก	57.7	61.7	60.0	58.0	54.3	55.6	57.8	58.9	58.5

ตารางที่ 2 (ต่อ) คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาที่ 1 และ 2 (ร้อยละของกลุ่มประชากร)

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			กลุ่ม ADL		
	ติดตาม	ติดตาม	รวม	ติดตาม	ติดตาม	รวม	ติดตาม	ติดตาม	รวม
หลาน	4.5	7.4	6.2	6.0	12.0	9.9	5.0	9.1	7.5
ลูกเขย	0.0	1.3	0.8	0.0	1.1	0.7	0.0	1.2	0.7
ลูกสะใภ้	5.4	4.0	4.6	0.0	1.1	0.7	3.7	2.9	3.2
พี่น้อง	1.8	2.0	1.9	8.0	1.1	3.5	3.7	1.7	2.5
เพศผู้ดูแลหลัก									
ชาย	14.4	21.5	18.5	10.0	30.4	23.2	13.0	24.9	20.1
หญิง	85.6	78.5	81.5	90.0	69.6	76.8	87.0	75.1	79.9
อายุผู้ดูแลหลัก									
อายุต่ำกว่า 20 ปี	0.9	1.3	1.2	2.0	4.3	3.5	1.2	2.5	2.0
อายุ 21-29 ปี	0.9	2.0	1.5	6.0	4.3	4.9	2.5	2.9	2.7
อายุ 30-39 ปี	12.6	15.4	14.2	2.0	12.0	8.5	9.3	14.1	12.2
อายุ 40-49 ปี	33.3	30.9	31.9	28.0	17.4	21.1	31.7	25.7	28.1
อายุ 50-59 ปี	23.4	21.5	22.3	30.0	27.2	28.2	25.5	23.7	24.4
อายุ 60 ปีขึ้นไป	28.8	28.9	28.8	32.0	34.8	33.8	29.8	31.1	30.6
ผู้ดูแลอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุ									
ไม่ใช่	3.6	4.7	4.2	8.0	12.0	10.6	5.0	7.5	6.5
ใช่	96.4	95.3	95.8	92.0	88.0	89.4	95.0	92.5	93.5
ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหรือไม่									
ไม่มี	35.1	33.3	34.1	32.0	26.6	28.5	34.2	30.7	32.1
มี	64.9	66.7	65.9	68.0	73.4	71.5	65.8	69.3	67.9
ผู้สูงอายุใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล									
ข้าราชการ	11.7	12.0	11.9	2.0	4.3	3.5	8.7	9.0	8.9
ประกันสังคม	0.9	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.2
บัตรทอง/30 บาท	87.4	86.7	87.0	98.0	95.7	96.5	90.7	90.2	90.4
ไม่ได้ใช้เลย	0.0	1.3	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.5
ท่านเคยได้รับทราบว่ามีบริการการดูแลระยะยาวให้แก่ผู้สูงอายุ									
ไม่เคย	73.1	67.8	70.0	55.1	54.3	54.5	67.5	62.6	64.5
เคย	26.9	32.2	30.0	44.9	45.7	45.5	32.5	37.4	35.5
ท่านได้รับข้อมูลโครงการดูแลระยะยาวผ่านช่องทางไหน									
คนในบ้าน	25.0	19.1	21.3	13.6	21.4	18.8	20.0	20.2	20.1
เพื่อนบ้าน	3.6	8.5	6.7	27.3	33.3	31.3	14.0	20.2	18.0
อบต./เทศบาล	0.0	4.3	2.7	13.6	11.9	12.5	6.0	7.9	7.2



ตารางที่ 2 (ต่อ) คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาที่ 1 และ 2 (ร้อยละของกลุ่มประชากร)

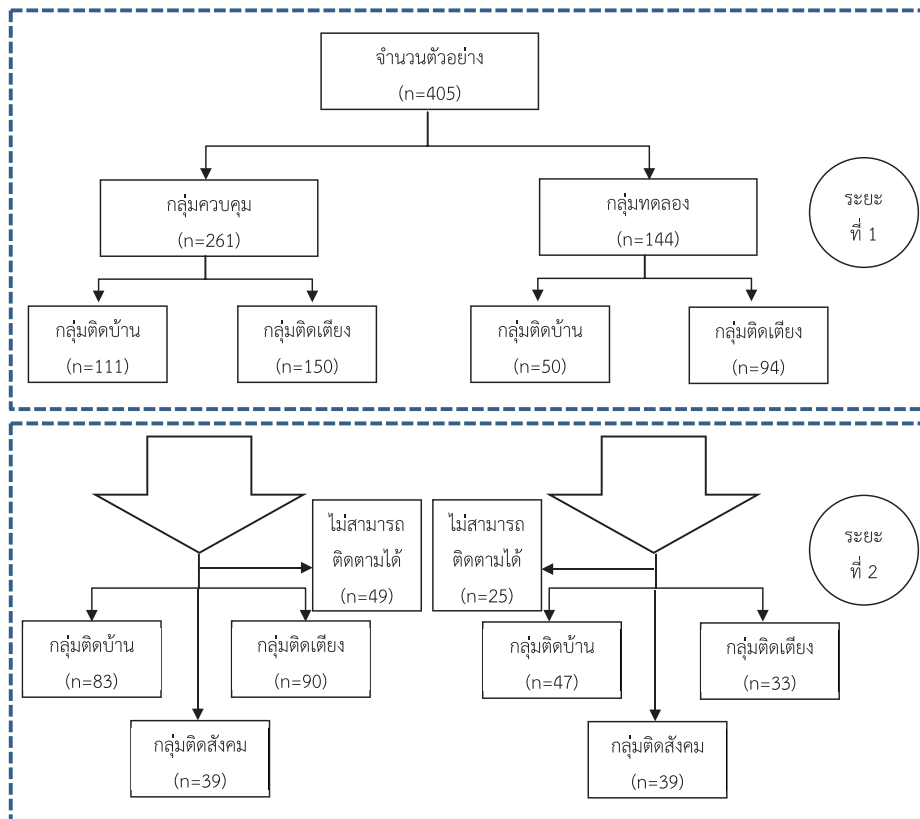
คุณลักษณะประชากร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			กลุ่ม ADL		
	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม
รพ./รพ.สต.	60.7	44.7	50.7	31.8	28.6	29.7	48.0	37.1	41.0
อื่นๆ	10.7	23.4	18.7	13.6	4.8	7.8	12.0	14.6	13.7
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม									
ไม่เข้าร่วมเลย	96.4	86.0	90.4	92.0	84.0	86.8	95.0	85.2	89.1
เข้าร่วม 1-3 กิจกรรม	0.9	8.0	5.0	2.0	9.6	6.9	1.2	8.6	5.7
เข้าร่วมตั้งแต่ 4 กิจกรรมขึ้นไป	2.7	6.0	4.6	6.0	6.4	6.3	3.7	6.1	5.2
ระยะที่ 2:									
เพศ									
ชาย	43.3	32.5	35.9	36.4	23.4	28.2	41.5	29.2	32.1
หญิง	56.7	67.5	64.1	63.6	76.6	71.8	58.5	70.8	67.9
อายุ									
60-64 ปี	8.9	7.2	10.3	3.0	17.0	7.7	7.3	10.8	9.0
65-69 ปี	21.1	8.4	10.3	9.1	12.8	25.6	17.9	10.0	17.9
70-74 ปี	10.0	20.5	10.3	9.1	8.5	10.3	9.8	16.2	10.3
75-79 ปี	17.8	13.3	23.1	21.2	14.9	12.8	18.7	13.8	17.9
80 ปีขึ้นไป	42.2	50.6	46.2	57.6	46.8	43.6	46.3	49.2	44.9
การศึกษา									
ต่ำกว่าประถมศึกษา	76.7	75.9	74.4	75.8	76.6	74.4	76.4	76.2	74.4
ประถมศึกษา	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	0.0	0.0	0.8	0.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3.3	0.0	0.0	0.0	2.1	0.0	2.4	0.8	0.0
สูงกว่ามัธยมศึกษา	1.1	0.0	2.6	3.0	0.0	0.0	1.6	0.0	1.3
อื่นๆ (ปวส., ปวช., บวชเรียน)	18.9	24.1	23.1	18.2	19.1	25.6	18.7	22.3	24.4
รายได้ครอบครัวต่อปี									
ต่ำกว่า 49,999	36.7	38.6	30.8	30.3	38.3	43.6	35.0	38.5	37.2
50,000-59,999 บาท	6.7	6.0	5.1	12.1	8.5	12.8	8.1	6.9	9.0
60,000-69,999 บาท	7.8	8.4	2.6	18.2	4.3	2.6	10.6	6.9	2.6
70,000-79,999 บาท	5.6	7.2	2.6	3.0	10.6	7.7	4.9	8.5	5.1
80,000-99,999 บาท	5.6	3.6	5.1	3.0	6.4	0.0	4.9	4.6	2.6
100,000 บาทขึ้นไป	37.8	36.1	53.8	33.3	31.9	33.3	36.6	34.6	43.6
จำนวนสมาชิกในครอบครัว									
อาศัยอยู่ลำพัง	1.1	3.6	2.6	6.1	4.3	7.7	2.4	3.8	5.1

ตารางที่ 2 (ต่อ) คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาที่ 1 และ 2 (ร้อยละของกลุ่มประชากร)

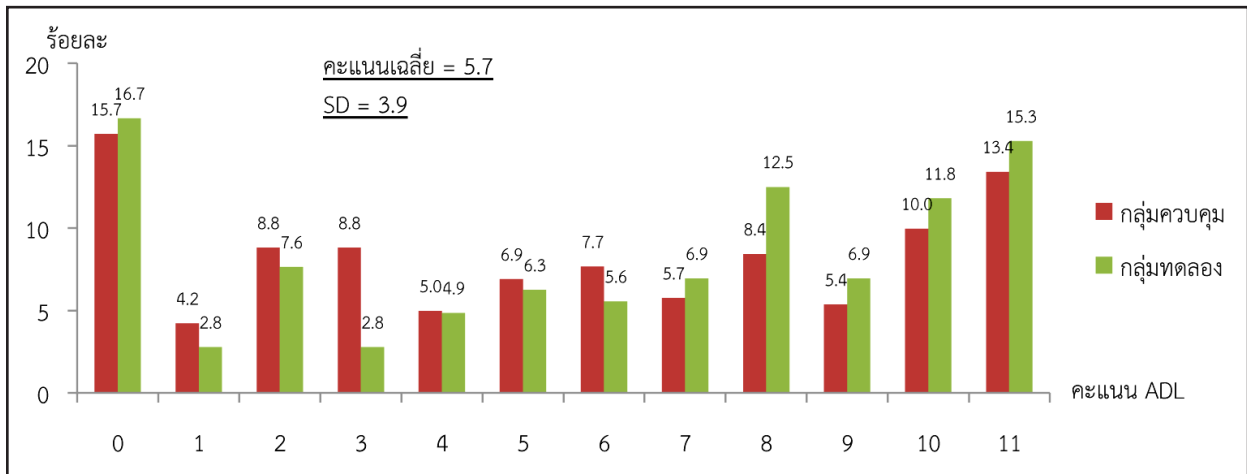
คุณลักษณะประชากร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			กลุ่ม ADL		
	ติดตาม	ติดตาม	รวม	ติดตาม	ติดตาม	รวม	ติดตาม	ติดตาม	รวม
สมาชิกในครอบครัว 2-3 คน	26.7	25.3	41.0	39.4	38.3	43.6	30.1	30.0	42.3
สมาชิกในครอบครัว 4-5 คน	66.7	57.8	41.0	42.4	48.9	38.5	60.2	54.6	39.7
สมาชิกในครอบครัว 6 คนขึ้นไป	5.6	13.3	15.4	12.1	8.5	10.3	7.3	11.5	12.8
ผู้ดูแลหลักคือ									
คู่สมรส	28.9	27.7	25.6	15.2	23.4	33.3	25.2	26.2	29.5
พ่อ/แม่	61.1	55.4	61.5	72.7	57.4	46.2	64.2	56.2	53.8
ลูก	5.6	8.4	7.7	6.1	12.8	10.3	5.7	10.0	9.0
หลาน	0.0	1.2	0.0	3.0	0.0	0.0	0.8	0.8	0.0
ลูกเขย	3.3	6.0	0.0	0.0	2.1	2.6	2.4	4.6	1.3
ลูกสะใภ้	1.1	1.2	2.6	3.0	2.1	2.6	1.6	1.5	2.6
พี่น้อง	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
เพศผู้ดูแลหลัก									
ชาย	11.1	20.5	12.8	21.2	21.3	23.1	13.8	20.8	17.9
หญิง	88.9	79.5	84.6	78.8	78.7	71.8	86.2	79.2	78.2
อายุผู้ดูแลหลัก									
อายุต่ำกว่า 20 ปี	0.0	0.0	2.6	0.0	4.3	2.6	0.0	1.5	2.6
อายุ 21-29 ปี	3.3	2.4	0.0	0.0	4.3	2.6	2.4	3.1	1.3
อายุ 30-39 ปี	10.0	10.8	12.8	6.1	14.9	7.7	8.9	12.3	10.3
อายุ 40-49 ปี	32.2	26.5	23.1	33.3	8.5	20.5	32.5	20.0	21.8
อายุ 50-59 ปี	25.6	22.9	33.3	42.4	36.2	25.6	30.1	27.7	29.5
อายุ 60 ปีขึ้นไป	28.9	37.3	25.6	18.2	31.9	35.9	26.0	35.4	30.8
ผู้ดูแลอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุ									
ไม่ใช่	3.3	2.4	2.6	9.1	8.5	15.4	4.9	4.6	9.0
ใช่	96.7	97.6	94.9	90.9	91.5	79.5	95.1	95.4	87.2
ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหรือไม่									
ไม่มี	31.1	26.5	20.5	27.3	23.4	30.8	30.1	25.4	25.6
มี	68.9	73.5	79.5	72.7	76.6	69.2	69.9	74.6	74.4
ผู้สูงอายุใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล									
ข้าราชการ	12.2	10.8	17.9	3.0	4.3	2.6	9.8	8.5	10.3
ประกันสังคม	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
บัตรทอง/30 บาท	86.7	89.2	82.1	97.0	93.6	97.4	89.4	90.8	89.7
ไม่ได้ใช้เลย	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	0.0	0.0	0.8	0.0

ตารางที่ 2 (ต่อ) คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาที่ 1 และ 2 (ร้อยละของกลุ่มประชากร)

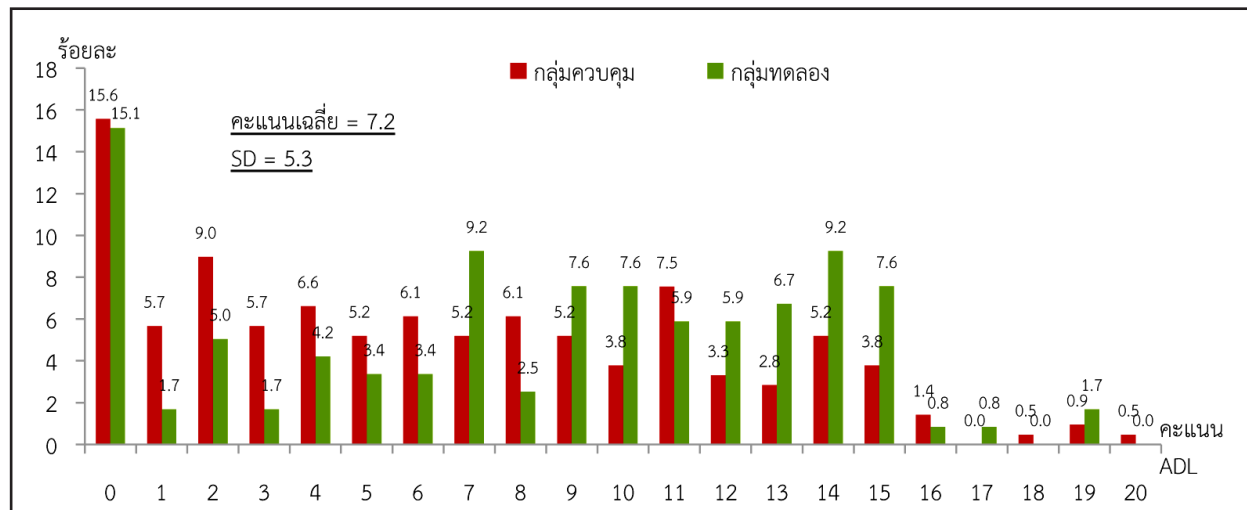
คุณลักษณะประชากร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			กลุ่ม ADL		
	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม
ท่านเคยได้รับทราบว่ามีบริการการดูแลระยะยาวให้แก่ผู้สูงอายุ									
ไม่เคย	85.6	77.1	74.4	87.9	66.0	84.6	86.2	73.1	79.5
เคย	14.4	22.9	25.6	12.1	34.0	15.4	13.8	26.9	20.5
ท่านได้รับข้อมูลโครงการดูแลระยะยาวผ่านช่องทางไหน									
คนในบ้าน	23.1	21.1	20.0	0.0	18.8	0.0	17.6	20.0	13.3
เพื่อนบ้าน	15.4	5.3	0.0	0.0	0.0	0.0	11.8	2.9	0.0
อบต./เทศบาล	7.7	5.3	30.0	0.0	0.0	20.0	5.9	2.9	26.7
รพ./รพ.สต.	23.1	31.6	40.0	75.0	81.3	60.0	35.3	54.3	46.7
อื่นๆ	30.8	36.8	10.0	25.0	0.0	20.0	29.4	20.0	13.3
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม									
ไม่เข้าร่วมเลย	95.6	92.8	79.5	97.0	83.0	76.9	95.9	89.2	78.2
เข้าร่วม 1-3 กิจกรรม	2.2	1.2	7.7	3.0	10.6	15.4	2.4	4.6	11.5
เข้าร่วมตั้งแต่ 4 กิจกรรมขึ้นไป	2.2	6.0	12.8	0.0	6.4	7.7	1.6	6.2	10.3



ภาพที่ 2 แผนผังการเก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ในระยะเวลาที่ 1 และระยะเวลาที่ 2



ภาพที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนน ADL ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะที่ 1 (ร้อยละ)



ภาพที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนน ADL ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะที่ 2 (ร้อยละ)

ประสิทธิภาพของบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในระยะที่ 1 พบว่ามีคะแนน ADL เฉลี่ยเท่ากับ 5.7 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เท่ากับ 3.9 ดังแสดงในภาพที่ 3 และภายหลังจากที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลระยะยาวเป็นเวลา 4-6 เดือน ผู้สูงอายุจำนวน 78 คน (กลุ่มควบคุม 39 คนและกลุ่มทดลอง 39 คน) มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นจนสามารถเปลี่ยนจากกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงหรือติดบ้าน) เป็นกลุ่มติดสังคม (คะแนน ADL > 11) ภาพที่ 4 แสดงค่าคะแนน ADL เฉลี่ย

ของผู้สูงอายุในระยะที่ 2 เท่ากับ 7.2 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.3 ทั้งนี้ สัดส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงคะแนน ADL ที่สูง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 แสดงผลจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภายใต้บริการการดูแลระยะยาวแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC พบว่า คะแนนเฉลี่ย ADL ในระยะที่ 1 ของกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 5.9 คะแนน ส่วนกลุ่มทดลองอยู่ที่ 6.6 คะแนน และในระยะที่ 2 แต่ละ



กลุ่มมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น เป็น 6.5 และ 8.2 คะแนน ตามลำดับ

นอกจากการเปลี่ยนแปลงคะแนน ADL แล้ว การพิจารณาการเปลี่ยนระดับภาวะพึ่งพิงของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในการสำรวจระยะที่ 2 หรือหลังจากที่ได้รับบริการดูแลระยะยาวเป็นเวลา 4-6 เดือนแล้ว ผู้สูงอายุที่เคยติดเตียงและสามารถเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้านหรือติดสังคมมีสัดส่วนร้อยละ 25 และร้อยละ 2 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุที่เคยติดบ้านและเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคมมีสัดส่วน

ร้อยละ 35 ทั้งนี้ สัดส่วนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกระดับภาวะพึ่งพิง อย่างไรก็ตาม มีผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแย่ลงจากกลุ่มติดบ้านกลายเป็นกลุ่มติดเตียงจำนวนร้อยละ 18 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มควบคุม ผลดังกล่าวช่วยสนับสนุนข้อค้นพบที่ว่าประสิทธิผลของการให้บริการดูแลระยะยาวภายใต้โครงการ LTC สูงกว่าบริการแบบเดิมที่มีอยู่ ดังแสดงในตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งแสดงในตาราง

ตารางที่ 3 คะแนน ADL โดยเฉลี่ยจำแนกรายกลุ่มที่ศึกษา

	ระยะที่ 1			ระยะที่ 2		
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม
คะแนนเฉลี่ย	5.9	6.6	6.2	6.5	8.2	7.2
SD	3.9	3.7	3.8	5.1	5.3	5.2
จำนวนตัวอย่าง (N)	212	119	331	212	119	331

ตารางที่ 4 จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิงในระยะที่ 1 และระยะที่ 2

ระยะที่ 1	กลุ่มผู้สูงอายุ		ระยะที่ 2			
			ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดสังคม	รวม
ระยะที่ 1	ทั้งหมด (คน)	ติดเตียง	83 (73)	28 (25)	3 (2)	114 (100)
		ติดบ้าน	40 (18)	102 (47)	75 (35)	217 (100)
	กลุ่มควบคุม (คน)	ติดเตียง	62 (77)	18 (23)	0 (0)	80 (100)
		ติดบ้าน	28 (21)	65 (49)	39 (30)	132 (100)
	กลุ่มทดลอง (คน)	ติดเตียง	21 (62)	10 (29)	3 (9)	34 (100)
		ติดบ้าน	12 (14)	37 (44)	36 (42)	85 (100)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บคือร้อยละ

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันจำแนกรายข้อคำถาม

กิจวัตรประจำวัน	ระยะที่ 1			ระยะที่ 2		
	กลุ่ม	กลุ่ม	รวม	กลุ่ม	กลุ่ม	รวม
	ควบคุม	ทดลอง		ควบคุม	ทดลอง	
การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า	86.2	87.5	86.7	74.5	68.9	72.5
การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด ในระยะ 1-2 วันที่ผ่านมา	50.2	55.6	52.1	43.4	34.5	40.2
การขึ้น/ลง เตียงหรือลุกนั่งจากที่นอนไปยังเก้าอี้ได้	98.5	99.3	98.8	93.9	97.5	95.2
การใช้ห้องน้ำสุขา	95.4	90.3	93.6	84.4	73.1	80.4
การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	99.2	100.0	99.5	94.8	95.0	94.9
การแต่งตัวสวมใส่/ถอดเสื้อผ้า	78.9	75.0	77.5	77.8	60.5	71.6
การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	99.2	99.3	99.3	97.6	95.0	96.7
การอาบน้ำ	77.0	63.9	72.3	65.6	55.5	61.9
การกลืนถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	83.1	84.7	83.7	75.0	64.7	71.3
การกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	87.0	89.6	87.9	85.4	76.5	82.2

ที่ 5 พบว่า กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำได้ตามปกติหรือต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่คือการเคลื่อนไหว (การขึ้นลงบันไดระหว่างชั้นบนกับชั้นล่างของตัวบ้าน การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้น/ลงเตียงหรือลุกนั่งจากที่นอนไปยังเก้าอี้ได้) การใช้ห้องน้ำ การกลืนปัสสาวะ/อุจจาระ และการรับประทานอาหาร การได้รับบริการการดูแลระยะยาวช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในกิจกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ การกลืนอุจจาระ ซึ่งสัดส่วนผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาการทำกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์เชิงสถิติ

ผลการทำ DiD analysis พบว่า การเปลี่ยนแปลงคะแนน ADL เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง) ในสองช่วงระยะเวลาที่มีการเก็บข้อมูลมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการเปลี่ยนแปลงคะแนน ADL ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน ทั้งนี้ ได้มีการควบคุมปัจจัยอื่นๆ

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบการเปลี่ยนแปลงของ คะแนน ADL เฉลี่ย หลังจากมีการควบคุมปัจจัยอื่นๆ

กลุ่ม	ระยะที่ 2 - ระยะที่ 1	
	ค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลง	S.E.
กลุ่มควบคุม (N=212)	0.6*	0.26
กลุ่มทดลอง (N=119)	1.6*	0.35
Difference-in-difference	1.0*	0.21

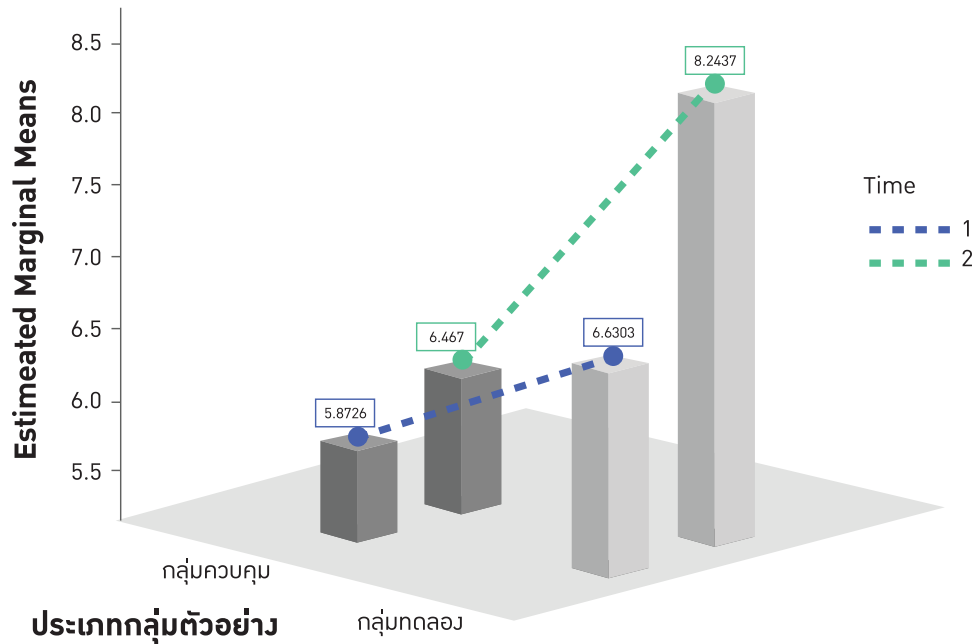
หมายเหตุ * p-value<0.05

(เช่น การศึกษา รายได้ และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน) ที่สามารถส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคะแนน ADL แล้ว โดยคะแนนส่วนต่างที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนนในตารางที่ 6 เป็นผลมาจากโครงการ LTC และเห็นได้ในภาพที่ 5 ที่เส้นคะแนนเฉลี่ย ADL ในกรณีที่มีบริการการดูแลระยะยาวภายใต้โครงการ LTC ไม่ได้เป็นไปในทิศทางแบบขนานกัน

วิจารณ์และข้อยุติ

โครงการการจัดระบบบริการการดูแลระยะยาวด้าน

Estimated Marginal Means of MEASURE_1



ภาพที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนน ADL เฉลี่ยในระยะเวลาที่ 1 และระยะเวลาที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
หมายเหตุ: Time 1 หมายถึงระยะที่ 1 (ก่อนเริ่มโครงการ LTC) และ Time 2 หมายถึงระยะที่ 2 (หลังเข้าร่วมโครงการ LTC)

สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2559 ในจังหวัดอุดรธานี ช่วยให้บริการการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและชุมชนมีรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการดำเนินงานร่วมกันแบบภาคีเครือข่าย ทั้งหน่วยงานระดับประเทศ หน่วยงานระดับท้องถิ่น และภาคชุมชน ให้มากขึ้น

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับบริการมีศักยภาพในการทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้นหลังจากที่ได้รับบริการการดูแลระยะยาวจากหน่วยบริการทั้งกรณีการดูแลแบบเดิมและภายใต้โครงการ LTC โดยผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในกลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการจากโครงการ LTC มีคะแนนเฉลี่ย ADL เพิ่มขึ้น 1.6 คะแนน ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับบริการตามแบบปกติที่มีการปฏิบัติทั่วไปตามรูปแบบที่มีอยู่เดิมมีคะแนนเพิ่มขึ้น 0.6 คะแนน อันเป็นการแสดงให้เห็นว่าประสิทธิผลของการให้

บริการการดูแลระยะยาวของโครงการ LTC ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นมากกว่าการให้บริการในรูปแบบเดิมที่มีอยู่ ทั้งนี้เนื่องจากบริการการดูแลระยะยาวภายใต้โครงการ LTC มีการกำหนดแผนการดูแล (care plan) สำหรับผู้สูงอายุที่ชัดเจน มีบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลหรือ caregiver เข้ามาเยี่ยมที่บ้าน ให้คำแนะนำ/คำปรึกษาในการปฏิบัติตาม care plan อย่างสม่ำเสมอ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และการที่ผู้สูงอายุได้พบเจอและพูดคุยกับผู้ดูแลหรือ caregiver ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขไม่รู้สึกโดดเดี่ยวอีกด้วย

ผลการดำเนินโครงการ LTC ช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงลดน้อยลงจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดสังคมจำนวน 10 คน และ 3 คน ตามลำดับ และเปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมจำนวน 36 คน (ตารางที่ 4) ทั้งนี้ งานศึกษาเรื่องการดูแลระยะยาวที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่าค่าใช้จ่ายในกลุ่มติดบ้านและติด

เตียงในประเทศไทยเท่ากับ 9,667 บาทต่อคนต่อเดือนและ 19,129 บาทต่อคนต่อเดือนตามลำดับ⁽²⁾ และเมื่อนำค่าใช้จ่ายดังกล่าวมาประเมินเป็นมูลค่าทางการเงินแล้ว โครงการ LTC ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้ถึง 5.7 ล้านบาทต่อปี ดังนั้น การที่รัฐบาลลงทุนในโครงการ LTC สำหรับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดอุดรธานีประมาณ 7.2 แสนบาทส่งผลให้ ADL เพิ่มขึ้น 1 คะแนนเมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติ จึงมีความคุ้มค่าในการลงทุนโดยให้ผลตอบแทนประมาณ 8 เท่า

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานศึกษาในโครงการ Physician-led primary home care ในประเทศสวีเดน ที่ติดตามผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับบริการเพิ่มเติมจากบริการปกติมีอัตราการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลลดลงและความสามารถในการเดินมีความแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับบริการปกติอย่างมีนัยสำคัญ โครงการ mindfulness-base lifestyle ในประเทศออสเตรเลียสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) กลุ่มที่ได้รับบริการนอกเหนือจากบริการการดูแลปกติในระยะเวลา 6 เดือน มีการเปลี่ยนแปลงระดับ ADL และพัฒนาด้านสุขภาพดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับบริการแบบปกติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์หรือความยืดหยุ่น (β) อยู่ที่ 0.23 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่า ADL ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการดูแลระยะยาวในรูปแบบพิเศษและ/หรือที่บ้าน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากการวัดในระยะเวลา 6 และ 12 สัปดาห์หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 6 และไม่มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากนั้น⁽⁸⁻¹⁰⁾

อย่างไรก็ดี เนื่องจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 เป็นปีแรกของการดำเนินการการดูแลระยะยาวอย่างเป็นระบบ ดังนั้น จึงพบข้อจำกัดของการปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยยังมีหลายพื้นที่ที่ยังไม่พร้อมในการให้บริการการดูแลระยะยาว เนื่องจากหน่วยบริการหลายแห่งมีบุคลากรไม่เพียงพอ ยังไม่มี care manager ที่จะมาเขียน care plan ใน

การขอเบิกเงินงบประมาณ ทำให้ผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ได้รับบริการการดูแลระยะยาวภายใต้โครงการ LTC ที่แตกต่างกัน รวมทั้งข้อจำกัดของระเบียบข้อบังคับต่างๆ โดยเฉพาะระเบียบด้านงบประมาณที่ทำให้การทำงานในพื้นที่ไม่คล่องตัว อำนาจในการตัดสินใจยังคงอยู่ในระดับนโยบายหรือขึ้นอยู่กับ สปสช. ในหลายประเด็น และใช้เกณฑ์ตามระเบียบข้อบังคับในการกำหนดรูปแบบเดียวกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ ทั้งที่บริบทของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน เช่น บริบทความเป็นชุมชนเมืองหรือชุมชนชนบท ซึ่งส่งผลให้การดำเนินโครงการยังไม่ได้ประสิทธิผลอย่างเต็มที่

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโครงการ LTC ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นโดยวัดจากคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ที่เพิ่มขึ้น และยังมีประสิทธิผลมากกว่ารูปแบบการให้บริการการดูแลระยะยาวแบบเดิมที่มีอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้นรัฐบาลควรขยายโครงการไปยังผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในการคัดกรองผู้สูงอายุอาจใช้เกณฑ์อื่นๆ นอกเหนือจาก ADL ในการประเมินร่วมด้วยเพื่อให้สามารถครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ครบทุกคน

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ความต่อเนื่องของการวิจัย การประเมินการเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพนั้นอาจต้องใช้เวลายาวนานในระดับหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงภายใน 4-6 เดือนอาจจะยังไม่เห็นผลที่ชัดเจน ดังนั้นหากต้องการความถูกต้องและสมบูรณ์ของการเปลี่ยนแปลง ADL ควรมีการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องต่อไปอีก

2. การวัดประสิทธิผลของการให้บริการการดูแลระยะยาว การใช้การเปลี่ยนแปลงของ ADL เป็นตัววัดประสิทธิผลของการให้บริการการดูแลระยะยาวอาจจะไม่ใช่ตัวชี้วัดที่สมบูรณ์ เพราะอาจจะมีตัวแปรอื่นๆ ที่ส่งผลถึงประสิทธิผลของการให้บริการการดูแลระยะยาวได้ ที่นอกเหนือจากปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น ความพึงพอใจของ

ผู้รับและผู้ให้บริการ จึงควรจะมีตัวชี้วัดอื่นๆ เพิ่มเติม

3. การควบคุมปัจจัยอื่น ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการดูแลระยะยาว เช่น ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว บริบทของพื้นที่ ระยะเวลาในการเดินทางไปเยี่ยมบ้าน และปัจจัยด้านช่วงเวลา เช่น ช่วงสงกรานต์ซึ่งผู้สูงอายุจะมีกำลังใจดี อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ ADL ได้

4. จำนวนตัวอย่าง เนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในจังหวัดอุดรธานีมีจำนวนไม่มาก การเพิ่มพื้นที่ศึกษาเพื่อเพิ่มจำนวนตัวอย่างก็จะช่วยให้ผลการวิเคราะห์สามารถสะท้อนภาพการเปลี่ยนแปลงของคะแนน ADL ของกลุ่มตัวอย่างได้ดีมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณ และคำแนะนำในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณ รศ.ดร.วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ สำหรับคำแนะนำและข้อเสนอแนะ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างๆ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอุดรธานี ตลอดจนทีมเก็บข้อมูลภาคสนามจากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี สำหรับความร่วมมือในการเก็บข้อมูลภาคสนามและอนุเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนร่วมให้ความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การให้บริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

References

1. United Nations. World population prospects the 2017 revision key findings and advance tables. New York: 2017; 46 p.
2. Chandoevit W, Vajragupta Y. Long-term care insurance: suitable system for Thailand. Bangkok: Thailand Development Research Institute; 2017. 153 p. (in Thai)
3. National Health Security Office. A handbook for long-term care for the elderly in public health under the national health security system. Bangkok: 2016; 86 p. (in Thai)
4. Department of Health. Elderly health record. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014. 63 p. (in Thai)
5. Crocker T, Young J, Forster A, Brown L, Ozer S, Greenwood D. The effect of physical rehabilitation on activities of daily living in older residents of long-term care facilities: systematic review with meta-analysis. Age and Ageing 2013;42(6):682-8.
6. Albouy D. Program evaluation and the difference estimator. Economics 131. Lecture presented at University of California at Berkeley. 1994.
7. Mullainathan S, Bertrand M, Duflo E. How much should we trust differences-in-differences estimates?. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research; 2002.
8. Melin A, Håkansson S, Bygren L. The cost-effectiveness of rehabilitation in the home: a study of Swedish elderly. American Journal of Public Health 1993;83(3):356-62.
9. Advocat J, Enticott J, Vandenberg B, Hassed C, Hester J, Russell G. The effects of a mindfulness-based lifestyle program for adults with Parkinson's disease: a mixed methods, wait list controlled randomised control study. BMC Neurology 2016;16(1):166.
10. Khampolsiri T. Home nursing practice program to promote quality of life from stroke. Chulalongkorn Medical Journal 2006;50(10):707-25. (in Thai)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาลทหารนครเชียงใหม่

จักรกฤษณ์ วังราษฎร์*

กิตติพันธ์ ฤกษ์เกษม†

สุวินัย แสงโยธ‡

ศศิณีภูฏ พงษ์ธรรม‡

นิภากรณ์ ปิ่นมาศ‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: จักรกฤษณ์ วังราษฎร์

บทคัดย่อ

ภาวะทุพโภชนาการจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะโรคร่วมและอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลทหารนครเชียงใหม่ จำนวน 120 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และหาค่าความสามารถในการทำนายของตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.58$, $SD = 0.47$) โดยอายุ รายได้ ระยะเวลาการฟอกเลือด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 60.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($R^2=0.607$, $p < 0.01$) ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้โดยอาศัยการสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย จึงจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

† คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

‡ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Factors Predicting Food Consumption Behavior of Hemodialysis Patients with End Stage Renal Disease at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Jukkrit Wungrath*, Kittipan Rerkkasem[†], Suwinai Saengyo[‡], Sasinat Pongtam[‡], Nipaporn Pinmars[‡]

* Faculty of Public Health, Chiang Mai University, [†] Faculty of Medicine, Chiang Mai University, [‡] Research Institute of Health Science, Chiang Mai University

Corresponding author: Jukkrit Wungrath, jukkrit.w@gmail.com

Abstract

Malnutrition from inappropriate food consumption behaviors is often found in end stage renal disease (ESRD) with hemodialysis (HD) patients. It may be a risk factor for increased morbidity and mortality in these patients. The purposes of the present study were to examine factors predicting of consumption behavior among ESRD with HD patients. Sample was 120 ESRD patients on HD in hemodialysis unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, by purposive sampling according to the specification. Data were collected using the questionnaire interviewing personal data, the self-efficacy, the social support and the food consumption behavior. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation and multiple regression analysis. The results showed that the sample had overall food consumption behaviors at a medium level ($\bar{x} = 2.58$, $SD = 0.47$). Patient's age, income, duration of hemodialysis treatment, self-efficacy, and social support could predict food consumption behavior ($R^2 = 0.607$, $p < 0.01$). The finding of this study could be used as a guideline to promote the appropriate food consumption behavior along with social support to stimulate self-efficacy of the patients that enhance appropriate food consumption behavior in ESRD patients to improve their health status and quality of life.

Keywords: food consumption behavior, end stage renal disease, hemodialysis

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกรวมทั้งประเทศไทย เพราะมีความชุกสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาาระบาดวิทยาโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย พบความชุกของโรคจากระยะที่ 1-5 เท่ากับร้อยละ 3.3, 5.6, 7.5, 0.8 และ 0.3 ตามลำดับ⁽¹⁾ เมื่อโรคดำเนินไปสู่ระยะที่ 5 และเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) ในปี พ.ศ. 2555 ความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยคือ 905.9 ต่อล้านประชากร จำแนกตามประเภทของวิธีการรักษาได้เป็น การรักษาด้วยวิธี hemodialysis (HD) 40,505 ราย (ร้อยละ 69.4), continuous ambulatory peritoneal

dialysis (CAPD) 12,150 ราย (ร้อยละ 20.8) และ kidney transplantation (KT) 5,729 ราย (ร้อยละ 9.8) หรือ 628.5, 188.5, และ 90.5 ต่อล้านประชากรตามลำดับ และเมื่อพิจารณาจากอุบัติการณ์ สามารถจำแนกตามประเภทของการรักษาได้เป็น HD ร้อยละ 54.6, CAPD ร้อยละ 42.1 และ KT ร้อยละ 3.3 หรือ 120.76, 93.11 และ 7.20 ต่อล้านประชากรตามลำดับ⁽²⁾

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการรักษาที่ให้ผลดีแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น เนื่องจากช่วยขจัดน้ำและของเสียออกจากร่างกาย ช่วยรักษาสมดุลของเกลือแร่ต่างๆ แต่ก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น การอักเสบติดเชื้อ ภาวะซีด หัวใจห้องล่างซ้ายโตและภาวะทพโกลขนากการ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องเผชิญอยู่เสมอ⁽³⁾ จากรายงานการวิจัยที่ผ่านมา พบผู้ป่วยโรคไตวาย

เรื้อรังระยะสุดท้ายที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 20⁽⁴⁾ จำแนกเป็นภาวะทุพโภชนาการในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 24⁽⁵⁾ ภาวะทุพโภชนาการในระดับปานกลางร้อยละ 56.2⁽⁶⁾ และภาวะทุพโภชนาการในระดับรุนแรงร้อยละ 5.6-8^(5,6) โดยสาเหตุของการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกอบด้วย ปัจจัยหลายประการ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การได้รับอาหารที่ไม่เพียงพอ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความอยากอาหารที่ลดลง อาการเบื่ออาหารจากภาวะยูริเมีย ยาที่รับประทาน การสูญเสียโปรตีนและกรดอะมิโนไปกับการพอกเลือด รวมถึงความแปรปรวนของฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งมีผลให้การสลายโปรตีนมีเพิ่มขึ้นและยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในที่สุด

อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยได้มีการใช้นโยบายล้างไตผ่านช่องท้องเป็นทางเลือกแรก (PD First Policy) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551⁽²⁾ จากการสำรวจพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเด็นต่างๆ รวมถึงประเด็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่อนข้างจำกัด เฉพาะข้อมูลของโรงพยาบาลราชวิถีในเดือนเมษายน พ.ศ. 2542 พบภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรวมกันทุกระดับเท่ากับร้อยละ 81.5 แต่ผู้ป่วยพอกเลือดที่โรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2542 มีความชุกของภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 42 และในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2545 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546 พบภาวะทุพโภชนาการถึงร้อยละ 52.4 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีเพียงร้อยละ 8.3 ที่อยู่ในระดับรุนแรง⁽⁷⁾ จากการศึกษาของ Wilson และคณะ⁽⁸⁾ ในหน่วยไตเทียม 10 แห่งทางตอนใต้ของมลรัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พอกเลือดนานกว่า 3 เดือนมีอัตราเกิดภาวะทุพโภชนาการและขาดสารอาหารประเภทโปรตีนถึงร้อยละ 10-60 ของผู้ป่วยที่พอกเลือดทั้งหมด และการเกิดภาวะ

ทุพโภชนาการในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับ การพอกเลือดมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีถึงร้อยละ 30-50⁽⁹⁾ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะทุพโภชนาการจะมีอาการอ่อนเพลีย ซีด และเกิดภาวะเจ็บป่วยแทรกซ้อนเรื้อรังได้ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รวมถึงอาจเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำลง⁽¹⁰⁾ และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรม พบว่าการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้หรือไม่ โดยได้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันหรือเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการรักษาโรค ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (2) ปัจจัยด้านการรับรู้และทัศนคติที่เจาะจงต่อพฤติกรรม และ (3) ปัจจัยเชิงผลลัพธ์ของพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการนำสมรรถนะของตนเองมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพบุคคล และองค์ประกอบทั้งหมดจะนำไปสู่ผลลัพธ์คือพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยเชื่อว่า ผลจากงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ หากมีการนำไปใช้ในการพิจารณาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อันจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและ

คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่างๆ (ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม) ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในช่วงเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558 จำนวน 173 คน ใช้ตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ Krejcie and Morgan⁽¹²⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 18-80 ปี ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ สามารถพูด-อ่าน-เขียนและโต้ตอบด้วยภาษาไทยได้ รับประทานอาหารได้ด้วยตนเองตามปกติ 3 มื้อต่อวัน ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มะเร็งระยะสุดท้าย มีความบกพร่องด้านการย่อยและการดูดซึมอาหาร เป็นโรคทางประสาทและจิตเวช การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารเลขที่ 469/2558)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและข้อมูลสุขภาพรวมทั้งสิ้น 12 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ทำไม่ได้เลย ทำได้เป็นบางครั้ง ทำเกือบทุกครั้ง ทำทุกครั้ง คำถามประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลือกชนิดของอาหารและวัตถุดิบในการประกอบอาหาร การประกอบอาหาร นิสัยในการรับประทานอาหารและความถี่ในการบริโภคอาหาร รวมทั้งสิ้น 10 ข้อ

3. แบบสัมภาษณ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้รับการสนับสนุน ได้รับการสนับสนุนน้อย ได้รับการสนับสนุนปานกลาง ได้รับการสนับสนุนมาก คำถามประกอบด้วย การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของสังคมในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการให้คุณค่า และด้านการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ

4. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย นานๆ ครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ คำถามประกอบด้วย การเลือกชนิดของอาหารและวัตถุดิบในการประกอบอาหาร วิธีการประกอบอาหาร นิสัยในการรับประทานอาหาร และความถี่ในการบริโภค รวมทั้งสิ้น 21 ข้อ

การพัฒนาและการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขึ้นมาจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการทดสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.81 และทดสอบความเที่ยง (reliability) กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของแบบสัมภาษณ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์ด้านการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.75, 0.70 และ 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยจะพบกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเริ่มการฟอกเลือด เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยการให้ตอบแบบสัมภาษณ์ในห้องคัดกรองที่มีความเป็นส่วนตัว และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment coefficient) และหาค่าความสามารถในการทำนายของตัวแปรที่ศึกษาต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (multiple regression analysis) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คือร้อยละ 53 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 47 อายุเฉลี่ย 67.6 ปี (SD = 6.25) สถานภาพสมรสและอยู่เป็นคู่ร้อยละ 72.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คือร้อยละ 39.47 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000-4,999 บาท ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วเฉลี่ย 4.5 ปี (SD = 0.72) โรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 36.81, 24.24 และ 20.63 ตามลำดับ

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.58, SD = 0.47) เช่นเดียวกับเมื่อพิจารณาทางด้านก็พบว่า ด้านการเลือกชนิดของอาหารและวัตถุดิบในการปรุงอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.41, SD = 0.78) ด้านการประกอบอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.67, SD = 0.61) ด้านนิสัยการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.16, SD = 0.52) และด้านความถี่ในการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.32, SD = 0.57) ดังแสดงในตารางที่ 1

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.32, SD = 0.88) เช่นเดียวกับเมื่อพิจารณาทางด้านก็พบว่า ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลือกชนิดของอาหารและวัตถุดิบในการประกอบอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.26, SD = 0.64) ด้านการประกอบอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.35, SD = 0.71) ด้านนิสัยในการ

Table 1 Consumption behavior among the samples

Consumption behavior	Mean \pm SD	level
Over all	2.58 \pm 0.47	medium
Select the type of food and raw materials to cook	2.41 \pm 0.78	medium
Cooking	2.67 \pm 0.61	medium
Eating habits	2.16 \pm 0.52	medium
Frequency of food consumption	2.32 \pm 0.57	medium

รับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง \bar{x} = 2.53, SD = 0.60) และด้านความถี่ในการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.46, SD = 0.77) ดังแสดงในตารางที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{x} = 3.76, SD = 0.71) เช่นเดียวกับเมื่อพิจารณารายด้านก็พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูง (\bar{x} = 3.74, SD = 0.52) และ การสนับสนุนทางสังคมก็อยู่ในระดับสูง (\bar{x} = 3.78, SD = 0.49) เช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (r = -0.548, p < 0.01) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (r = 0.296, p < 0.01) ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (r = 0.874, p < 0.05) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (r = 0.711, p < 0.01) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (r = 0.786, p < 0.01) ส่วนเพศ การศึกษาและสถานภาพ

Table 2 Self-efficacy in consumption behaviors

Self-efficacy	Mean \pm SD	level
Over all	2.32 \pm 0.88	medium
Select the type of food and raw materials to cook	2.26 \pm 0.64	medium
Cooking	2.35 \pm 0.71	medium
Eating habits	2.53 \pm 0.60	medium
Frequency of food consumption	2.46 \pm 0.77	medium

Table 3 Social support in consumption behaviors

Social support	Mean \pm SD	level
Over all	3.76 \pm 0.71	high
Family support	3.74 \pm 0.52	high
Social support	3.78 \pm 0.49	high

สมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 4

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า ปัจจัยทั้ง 5 ปัจจัย คือ อายุ รายได้ ระยะเวลาการฟอกเลือด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ

Table 4 Correlation coefficient between variables

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6
1 Age (years)	1					
2 Income (baht/month)	-0.360**	1				
3 Duration receiving hemodialysis (years)	0.325**	0.082	1			
4 Self-efficacy	-0.223**	0.353*	0.467*	1		
5 Social support	-0.029	0.298	0.891	0.805**	1	
6 Food consumption behaviors	-0.548**	0.296**	0.874*	0.711**	0.786**	1

*p < 0.05, **p < 0.01

Table 5 Factors predicting consumption behaviors

ปัจจัยทำนาย	B	SE	β	T
Age (years)	-0.545	0.137	-0.127	-5.713*
Income (baht/month)	-1.201	2.365	0.021	0.644*
Duration receiving hemodialysis (years)	0.612	1.126	0.257	0.553*
Self-efficacy	1.655	0.610	0.565	4.780*
Social support	1.176	0.508	0.352	3.462*

Constant = 48.879, R = 0.729, R² = 0.607, F = 14.47, * p < 0.01

กลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 60.7 (R² = 0.607) โดยปัจจัยที่มีผลทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รายได้ (β = 0.021, P < 0.01) ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือด (β = 0.257, P < 0.01) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (β = 0.565, P < 0.01) และการสนับสนุนทางสังคม (β = 0.352, P < 0.01) ส่วนปัจจัยที่มีผลทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ (β = -0.127, P < 0.01) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างสูงสุด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการฟอกเลือด อายุ และรายได้ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

วิจารณ์และข้อยุติ

ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

ระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.58, SD = 0.47) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุ (อายุเฉลี่ย 67.6 ปี) ซึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันมานาน ความเคยชินและสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยลงไปตามกาลเวลา ทำให้มีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเลือกซื้อหรือการปรุงอาหารเพื่อบริโภค จึงส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวรรณ อะสงศ์⁽¹³⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง โดยอธิบายว่าเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้น เป็นพฤติกรรมที่ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจและความตั้งใจ

ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และยิ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิกา อร่ามเมือง และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่อยู่ในวัยสูงอายุ นั้น มีข้อจำกัดจากความเสื่อมของร่างกายทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม และความเคยชินทำให้ผู้ป่วยยังคงยึดถือปฏิบัติเช่นเดิม แม้จะได้รับการสอนหรือคำแนะนำจากแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพแล้วก็ตาม และจากการศึกษาของ จักรกฤษณ์ วัชรราชภูร์ และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสม แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนมากก็ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ จนกลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากต้องใช้ความพยายามและความอดทน เพื่อควบคุมทั้งชนิดและปริมาณในการรับประทานอาหาร ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก ไม่มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยบางคนเกิดความสับสนกับข้อแนะนำ จึงเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ขาดแรงจูงใจและทำให้ปฏิบัติได้อย่างไม่ต่อเนื่องและหยุดปฏิบัติในที่สุด^(16,17)

ในส่วนของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากผลการศึกษาค้นคว้าประกอบด้วยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการฟอกเลือด อายุ และรายได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างได้ ($\beta = 0.565, p < 0.01$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถในการเลือกชนิดอาหารและวัตถุดิบที่ใช้ในปรุงประกอบอาหาร มีความสามารถในการควบคุมปริมาณและความถี่ของการบริโภคได้ การรับรู้เหล่านี้จะ

ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติจนเกิดพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ Pender⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ และรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตน บุคคลนั้นจะมีความมั่นใจว่าคุณเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ จนประสบความสำเร็จได้ตามผลลัพธ์ที่ต้องการ ยิ่งบุคคลใดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองสูง ก็จะมีความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจนประสบความสำเร็จ แม้จะยากหรือท้าทายสอดคล้องกับการศึกษาของ Oka and Chaboyer⁽¹⁹⁾ ซึ่งพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของชาวญี่ปุ่นที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ Zrinyi และคณะ⁽²⁰⁾ ที่รายงานว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการบริโภคของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถกำหนดพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและค่าทางคลินิกที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยได้ โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการบริโภคในระดับสูง จะมีทัศนคติและพฤติกรรมกรบริโภคโดยรวมถึงมีค่าทางคลินิกที่ดี เช่น ระดับโพแทสเซียมในกระแสเลือดและน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และนอกจากนั้น สาวิกา อร่ามเมือง และคณะ⁽¹⁴⁾ ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรจำกัดน้ำในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรจำกัดน้ำ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการทำนายพฤติกรรมกรจำกัดน้ำของผู้ป่วย ($\beta = 0.622, p < 0.05$) และการศึกษาของ สุพิชา อาจคิดการ และคณะ⁽²¹⁾ ก็ให้ผลการศึกษาในทำนองเดียวกันคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถ

ทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ใด้ร้อยละ 41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

การสนับสนุนทางสังคมต่อการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.82$, $SD = 0.71$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งมีหน้าที่ดูแลพ่อแม่ ตามลักษณะพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย ที่ให้ความสำคัญในเรื่องของการเลี้ยงดูเอาใจใส่ ความกตัญญูตเวที และการตอบแทนบุญคุณของบุพการีโดยเฉพาะในยามที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะในเรื่องของการจัดการด้านอาหาร พบว่าบุตรหลานจะทำหน้าที่ในการจัดการอาหาร ทั้งการเลือกซื้ออาหารหรือวัตถุดิบในการปรุงอาหาร การปรุงประกอบอาหาร เป็นต้น⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นที่นอกเหนือจากบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว นั้นได้แก่ แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพรวมถึงเรื่องการบริโภคอาหาร ทั้งในขณะที่เข้ารับการรักษาจากแพทย์ และระหว่างการรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อีกทั้งยังได้รับเอกสารความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น แผ่นพับ คู่มือทำให้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่น มีกำลังใจและให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำ และในการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างได้ ($\beta = 0.352$, $p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราภา บรรจงเก็บ และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = 0.299$, $p < 0.05$) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ($\beta = 0.286$, $p < 0.05$)

ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ

กลุ่มตัวอย่าง ($r = 0.874$, $p < 0.05$) และ สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างได้ ($\beta = 0.257$, $p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ifudu และคณะ⁽²³⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีระยะเวลาในการฟอกเลือดที่นานกว่า จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ ที่เหมาะสมกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดน้อยกว่า ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟอกเลือดเป็นระยะเวลานานจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีกว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวให้เกี่ยวกับการฟอกเลือดได้ดีขึ้น มีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่สั่งสมเรื่อยมา ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาด้านการบริโภคได้ดีขึ้น นอกจากนั้นการศึกษาของ Oka and Chaboyer⁽²⁴⁾ ก็ให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านการบริโภคอาหารน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การรับบริการฟอกเลือดมาแล้ว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องให้การดูแล สนับสนุนและให้ความรู้ด้านการบริโภคอาหารแก่ผู้ป่วยรายใหม่อย่างจริงจัง เช่นเดียวกับ Mellon และคณะ⁽²⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายชาวไอร์แลนด์ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดที่นานกว่า จะสามารถเรียนรู้และปรับตัว ตลอดจนแสวงหาความรู้ด้วยวิธีการต่างๆ รวมทั้งการสร้างกระบวนการรับมือกับปัญหาด้านการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำ จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคและการจำกัดน้ำที่ดีกว่า

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.548$, $p < 0.01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ($\beta = -0.127$, $p < 0.01$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร ขำคม และคณะ⁽²⁶⁾ และ Abdel-kader และคณะ⁽²⁷⁾ ที่รายงานผลการศึกษาในทิศทางเดียวกันว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยอายุที่มากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ลดลง และ Oka and Chaboyer⁽²⁴⁾ ได้รายงานไว้ว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังสูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะใช้เวลาในการอ่านและทำความเข้าใจคำแนะนำและข้อปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารได้ช้า อีกทั้งยังมีความสามารถในการจดจำข้อมูลต่างๆ ได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมได้อย่างครบถ้วน ผู้ป่วยสูงอายุจึงมีความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ($r = 0.296, p < 0.01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ($\beta = 0.021, p < 0.01$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ที่มีรายได้น้อยอาจจะมีข้อจำกัดหรืออุปสรรคด้านการเงิน ทำให้ไม่สามารถเลือกอาหารที่มีความเหมาะสม ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock⁽²⁸⁾ ที่กล่าวว่าการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล จะมีการพิจารณาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย หากมีอุปสรรคมากจะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมเกิดขึ้นได้น้อยหรือไม่เกิดขึ้นเลย เช่นเดียวกับแนวคิดของ Bayliss และคณะ⁽²⁹⁾ ซึ่งกล่าวว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างไม่เหมาะสม อาจเนื่องมาจากมีอุปสรรคหลายด้านประกอบกัน ทั้งที่เป็นอุปสรรคภายในและอุปสรรคภายนอก ไม่ว่าจะเป็น ความรู้ ทัศนคติ รายได้ ระดับการศึกษา สภาพแวดล้อมโดยรอบ เป็นต้น

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่ง

ตน การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการฟอกเลือด อายุ และรายได้ โดยปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยได้ และเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรมีการนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย รวมทั้งหาแนวทางในการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมได้ ทั้งนี้ โดยอาศัยการสนับสนุนทางสังคมเข้ามาเสริมด้วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสม ภาวะโภชนาการที่ดีจะส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่สนับสนุนในทุกด้านจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

References

1. Ingsathit A, Thakkinian A, Chairasert A, Sangthawan P, Gojaseeni P, Kiattisunthorn K. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25:1567-75. (in Thai)
2. Thanakitcharu P. Current situation of chronic kidney disease in Thailand. *Journal of the Department of Medical Services* 2015;5:5-17. (in Thai)
3. Sharma M, Rao M, Jacob S, Jacob CK. A controlled trial of intermittent enteral nutrient supplementation in maintenance hemodialysis patients. *J Ren Nutr* 2002;12(4):229-37.
4. Desbrow B, Bauer J, Blum C, Kandasamy A., McDonald A, Montgomery K. Assessment of nutritional status in hemo-

- dialysis patients using patient-generated subjective global assessment. *J Renal Nutr* 2005;15(2):211-6.
5. Al-Saran KA, Elsayed SA, Molhem AJ, Aldrees AS, AlZara HM. Nutritional assessment of patients in a large Saudi dialysis center. *Saudi Med J* 2009;30(8):1054-9.
 6. Tayyem RF, Mrayyan MT, Heath DD, Bawadi HA. Assessment of nutritional status among ESRD patients in Jordanian hospitals. *J Renal Nutr* 2008;18(3):281-7.
 7. Sothananusak A, Sitawarin J, Worasombat P, Siti T, Chayakul C, Jeerawong P. Assessment of nutritional status in chronic hemodialysis patients at the Galayanivadhana hemodialysis unit. *Siriraj Medical Journal* 2005;57(1-4):19-36. (in Thai)
 8. Wilson B, Fernandez-Madrid A, Hayes A, Hermann K, Smith J, Wassell A. Comparison of the effects of two early intervention strategies on the health outcomes of malnourished hemodialysis patients. *J Ren Nutr* 2001;11(3):166-71.
 9. Akpele L, Bailey JL. Nutrition counseling impacts serum albumin levels 1. *J Renal Nutr* 2004;14(3):143-8.
 10. Suppasin A. Nutritional status in chronic kidney disease received hemodialysis. In: Thanakitcharu P, Wanichkatn S, editors. *Hemodialysis and nursing*. Bangkok: Bangkok Medical Publisher; 2008. (in Thai)
 11. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 6thed. Boston: Pearson; 2011.
 12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10.
 13. Asong W. Factors influencing dietary and fluid consumption behaviors among patients with chronic kidney disease (master's thesis). Chon buri: Burapha University; 2015. (in Thai)
 14. Arammuang S, Sangkard K, Kimpee S, Sriyuktasuth A. Factors predicting fluid control behavior in chronic kidney disease patients receiving hemodialysis. *J Nurs Sci* 2012; 30(3):74-81. (in Thai)
 15. Wungrath J, Saengyo S, Umme K. Barriers to health care practice that impact to glycemic control among elderly with diabetes mellitus. *Journal of Community Development and Life Quality* 2018;6(2):351-61. (in Thai)
 16. Wattanakorn K, Deenan A. Developing the eating behavior modification program for obese diabetics. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2013;27(2):143-56. (in Thai)
 17. Vijan S, Stuart NS, Fitzgerald JT, Ronis DL, Hayward RA, Slater S, et al. Barriers to following dietary recommendations in Type 2 diabetes. *Diabetic Med* 2005;22(1):32-8.
 18. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
 19. Oka M, Chaboyer W. Influence of self-efficacy and other factors on dietary behaviors in Japanese hemodialysis patients. *Int J Nurs Pract* 2001;7(6):431-9.
 20. Zrinyi M, Juhasz M, Balla J, Katona E, Ben T, Kakuk G, et al. Dietary self-efficacy: determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transpl* 2003;18(9):1869-73.
 21. Ardkhithkarn S, Pothiban L, Lasuka D. Self-management behaviors and predicting factors in elders with end stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing Journal* 2013;40:22-31. (in Thai)
 22. Banjonggeb P, Somboontanont W, Leelahakul V, Puwarawuttipanich W. Factors predicting functional status in end stage renal disease older adults receiving hemodialysis. *J Nurs Sci* 2016;34(4):57-67. (in Thai)
 23. Ifudu O, Chan E, Paul H, Mayers JD, Cohen LS, Breznsnyak WF, et al. Anemia severity and missed dialysis treatments in erythropoietin-treated hemodialysis patients. *Am Soc Artif Internal Organs* 1996;42(3):146-9.
 24. Oka M, Chaboyer W. Dietary behaviors and sources of support in hemodialysis patients. *Clin Nurs Res* 1999;8(4):302-17.
 25. Mellon L, Regan D, Curtis R. Factors influencing adherence among Irish haemodialysis patients. *Patient Educ Couns* 2013;92(1):88-93.
 26. Khamkhom U, Watthayu N, Rattanathanya D. Factors predicting quality of life among chronic kidney disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2015;27(2):60-71. (in Thai)
 27. Abdel-Kader K, Unruh ML, Weisbord SD. Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. *Clin J Am Soc Nephro* 2009;4(6):1057-64.
 28. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs* 1974;2(4):354-86.
 29. Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med* 2003;1(1):15-21.

การเข้าถึงบริการทันตกรรมประเภทต่างๆ ของประชากรไทย

วารารัตน์ ไชชื่น*

บทคัดย่อ

เป้าหมายหลักของการจัดบริการสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือการเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกันของประชากร อัตราการรับบริการสุขภาพจึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินการดำเนินงานตามเป้าหมายดังกล่าว แต่จากข้อมูลการสำรวจระดับประเทศพบว่า ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชากรไทยมีระดับต่ำกว่าร้อยละ 10 มาโดยตลอด แม้จะมีการเพิ่มจำนวนทันตแพทย์ผู้ให้บริการเข้าสู่ระบบบริการอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อวิเคราะห์รายละเอียดการได้รับบริการทันตกรรมของประชากรไทย โดยจำแนกตามกลุ่มประเภทบริการ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มบริการประเภทส่งเสริมป้องกัน กลุ่มบริการประเภทรักษาขั้นพื้นฐาน กลุ่มบริการประเภทรักษาฟื้นฟูขั้นเฉพาะทาง โดยอาศัยข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ จำนวน 5 รอบการสำรวจ ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2558 ผลการศึกษาพบว่า แม้ว่าประชากรที่ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมาจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่ผู้ที่ไม่ได้รับบริการไม่ได้มีจำนวนลดลงเลย อีกทั้งประชากรที่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปากและต้องการเข้ารับบริการแต่ไม่ได้เข้ารับบริการก็ยังคงมีอยู่ในทุกปีที่ผ่านมา ในขณะที่การได้รับบริการประเภทรักษาฟื้นฟูขั้นเฉพาะทางมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สวนทางกับบริการประเภทรักษาขั้นพื้นฐานที่มีแนวโน้มลดลง ผลิตภาพการให้บริการในภาพรวมที่เพิ่มขึ้นจึงน่าจะเป็นผลจากการจัดบริการเฉพาะทางนี้ ซึ่งหากปล่อยให้ระบบบริการดำเนินไปในลักษณะนี้ต่อไป จะยิ่งสร้างช่องว่างระหว่างผู้เข้าถึงและเข้าไม่ถึงบริการทันตกรรมที่จำเป็นได้ในระยะยาว การประเมินสถานการณ์การจัดการบริการทันตกรรมในการศึกษานี้จึงน่าจะเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนระบบบริการทันตกรรมและการกำกับติดตามต่อไป

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการ, ประเภทบริการ, บริการทันตกรรม

Accessibility to Dental Care According to Type of Service in Thai Population

Wararat Jaichuen, pook_ky2526@hotmail.com

Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health

Abstract

Equity in health and health service are the ultimate goals of Universal Health Coverage. One key performance indicator for achieving that goal is about accessibility. However, Thailand in previous 10 years, while the number of dentists in service system was steadily increased, the utilization rates for dental service were nearly stable at lower than 10 percent. This study aimed to analyze utilization of dental services in 3 categories (oral health prevention, simple dental treatment, and complicated dental treatment), by using secondary data from the series of 5 Health and Welfare Surveys from 2007 to 2015. The results showed an increased number of people who received some dental service in the last 12 months. However, the number of people who did not receive any dental service were nearly the same in every survey. Moreover, people with unmet dental service need still exist. The proportion of complicated dental service use was increasing while simple level was in the contrast. Therefore, dental service productivity might be mainly from those complicated dental services. This would lead to a wider gap of accessibility to dental service among the population in the long-term. The findings from this study might be useful for planning and monitoring the future dental service system.

Keywords: accessibility to care, type of service, dental care, dental service

* สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ภูมิคลังและเฑณฑล

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมุ่งคุ้มครองสวัสดิภาพของประชากรไทยทุกคนให้มีสิทธิด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ภายใต้ความรับผิดชอบของรัฐในการจัดการให้ประชากรสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง การกำกับติดตามและประเมินผลระบบสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการบรรลุผลลัพธ์ที่ไม่ใช่เพียงแค่การมีสุขภาพดีของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นการมีสุขภาพที่เท่าเทียมถ้วนหน้าในประชากรทั้งหมด การจัดการบริการสุขภาพเป็นองค์ประกอบแรกที่น่าไปสู่เป้าหมายดังกล่าว ตั้งแต่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา การอภิบาลระบบสุขภาพได้ให้ความสำคัญที่การกำกับติดตามอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรเป็นประเด็นแรก โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำที่อภิบาลระบบ พระราชบัญญัติดังกล่าวครอบคลุมถึงสิทธิการรับบริการทางทันตกรรมของประชากรไทยด้วย⁽¹⁾ จึงมีการใช้ตัวชี้วัดหลักเรื่องการเข้าถึงบริการทันตกรรมในการติดตามประเมินการดำเนินงานของระบบบริการทันตกรรม โดยหมายรวมถึงการเข้าถึงบริการทันตกรรมทั้งการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟู แต่การจัดการบริการสุขภาพยังคงอาศัยแรงงานมนุษย์เป็นหลัก องค์ประกอบที่สำคัญจึงหนีไม่พ้นกำลังคนด้านสุขภาพ ในส่วนของระบบบริการทันตกรรมจึงเน้นการเพิ่มจำนวนทันตแพทย์เข้าสู่ระบบบริการมาโดยตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมามี โดยมุ่งหวังจะทำให้ประชากรสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้เพิ่มมากขึ้น

ระบบข้อมูลเป็นอีกองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนและทันสมัยมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของการกำกับติดตามระบบสุขภาพ⁽²⁾ แม้ว่าประเทศไทยจะให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบข้อมูลทางสุขภาพโดยการจัดทำฐานข้อมูลกลางภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) แต่ฐานข้อมูลนี้เพิ่งได้รับการพัฒนาในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา

มาและยังไม่ครอบคลุมถึงการจัดบริการในภาคส่วนอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ ดังนั้น การติดตามการเข้าถึงบริการของประชากรไทยจึงอาศัยฐานข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นหลัก ภายใต้ชุดโครงการการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่มูลนิธิแรกเริ่มของการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยในช่วงห้ารอบของการสำรวจ ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาเกือบสิบปี พบว่า อัตราการได้รับบริการทันตกรรมของประชากรไทยมีระดับที่ค่อนข้างคงที่ การปรับเพิ่มลดของอัตราการเข้าถึงไม่มีทิศทางที่ชัดเจน แม้จะมีการเพิ่มจำนวนทันตแพทย์เข้าสู่ระบบบริการอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมกลับไม่สามารถพัฒนาให้เพิ่มสูงขึ้นเกินกว่าร้อยละ 10 ได้⁽⁴⁾ (ภาพที่ 1) จึงเกิดข้อคำถามของผู้เกี่ยวข้องทั้งในส่วนผู้ทำหน้าที่กำกับติดตามและผู้มีอำนาจตัดสินใจเชิงนโยบายว่า เหตุใดอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมจึงไม่เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับจำนวนทันตแพทย์ในระบบบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เมื่อทบทวนลักษณะการให้บริการทันตกรรม พบว่าทันตแพทย์ไทยที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมสามารถให้บริการทันตกรรมได้ครอบคลุมทุกประเภทบริการตามความรู้ความสามารถ ตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวกับฟันและอวัยวะภายในช่องปาก รวมถึงชากรรไกรและกระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับชากรรไกร⁽⁵⁾ ขอบเขตการให้บริการตามที่ระบุในกฎหมายนี้จึงไม่แตกต่างระหว่างทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในระดับทันตแพทยศาสตรบัณฑิตหรือทันตแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมต่อเฉพาะทางด้านต่างๆ ในขณะที่ต้นทุนด้านเวลาสำหรับปฏิบัติงานในหนึ่งวันของคนเรามีค่าคงที่ การจัดสรรเวลาให้กับกิจกรรมหนึ่งจึงกระทบต่อการสูญเสียเวลาให้กับกิจกรรมที่เหลือ เช่นเดียวกับการจัดสรรเวลาให้กับการจัดบริการในระดับต่างๆ สัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างประเภทบริการจะทำให้ระบบทันตสุขภาพในภาพรวมมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว การกำกับติดตามอย่างเป็น

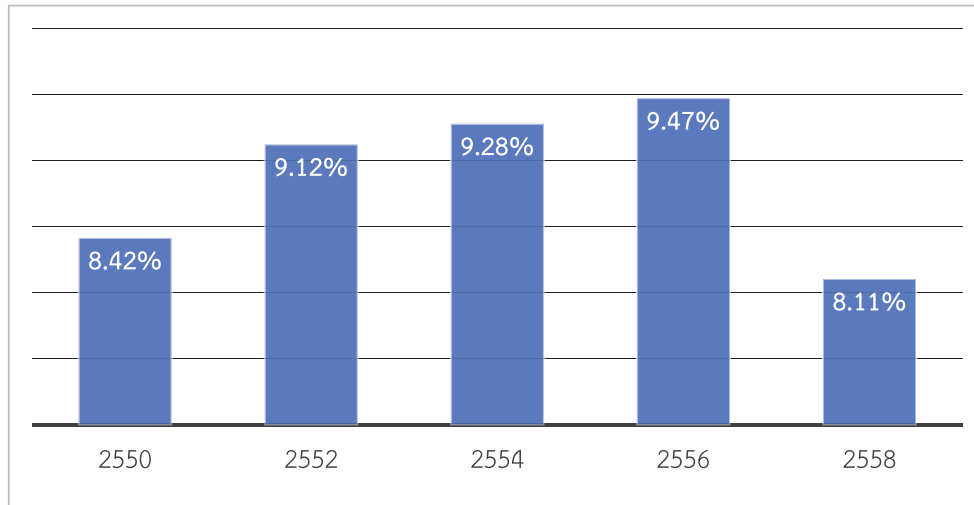


Figure 1 Percentage of population receiving dental service by survey year
Source: The survey on health and welfare, National Statistical Office

ระบบจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁽⁶⁾

จากสถานการณ์ข้างต้น ทำให้นักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานทันตสาธารณสุขจำเป็นต้องกลับมาทบทวนว่าตัวชี้วัดลักษณะใดจึงจะสามารถบ่งบอกประสิทธิภาพของระบบทันตสุขภาพและระบบบริการทันตกรรมได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากลักษณะความเจ็บป่วยของโรคในช่องปากอันนำไปสู่ความต้องการรับและให้บริการทันตกรรมไม่ได้เป็นไปตามจำนวนคนที่ป่วย แต่เป็นไปตามจำนวนรอยโรคที่มีในช่องปาก การวางแผนจัดบริการที่อาศัยข้อมูลเฉพาะจำนวนคนที่เข้ารับบริการโดยไม่ลงรายละเอียดว่าผู้ที่เข้าถึงบริการเป็นกลุ่มใดนั้น จะนำไปสู่การออกแบบระบบบริการที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อวิเคราะห์การได้รับบริการทันตกรรมของประชากรไทย โดยมุ่งเน้นที่การวิเคราะห์รายละเอียดตามประเภทของกลุ่มบริการ ได้แก่ กลุ่มบริการประเภทส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค กลุ่มบริการประเภทรักษาขั้นพื้นฐาน กลุ่มบริการประเภทรักษาฟื้นฟูขั้นเฉพาะทาง ซึ่งผลลัพธ์จากการศึกษาสามารถนำไปใช้ประกอบการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับประเมินระบบบริการทันตกรรมของประเทศไทยต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2550, 2552, 2554, 2556, 2558 ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งการสุ่มตัวอย่างและวิธีการเก็บข้อมูลได้อธิบายไว้ในรายงานฉบับสมบูรณ์ของแต่ละรอบการสำรวจ^(4,7-10) โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลระดับบุคคล ข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลประสบการณ์การได้รับบริการทันตกรรม จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย (1) การได้รับบริการทันตกรรมระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (2) จำนวนครั้งที่ได้รับบริการทันตกรรม (3) ชนิดบริการทันตกรรมที่ได้รับในครั้งสุดท้าย (4) การที่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปากและต้องการเข้ารับบริการแต่ไม่ได้เข้ารับบริการ ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (5) สาเหตุที่ไม่ได้เข้ารับบริการในครั้งนั้น ทั้งนี้ข้อคำถามลำดับที่ 4 และ 5 เริ่มปรากฏในแบบสำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา ข้อมูลระดับบุคคลทั้งหมดได้รับการคัดเข้าสำหรับวิเคราะห์เป็นภาพรวมประชากรรายปีที่สำรวจ จากนั้นจึงพิจารณา

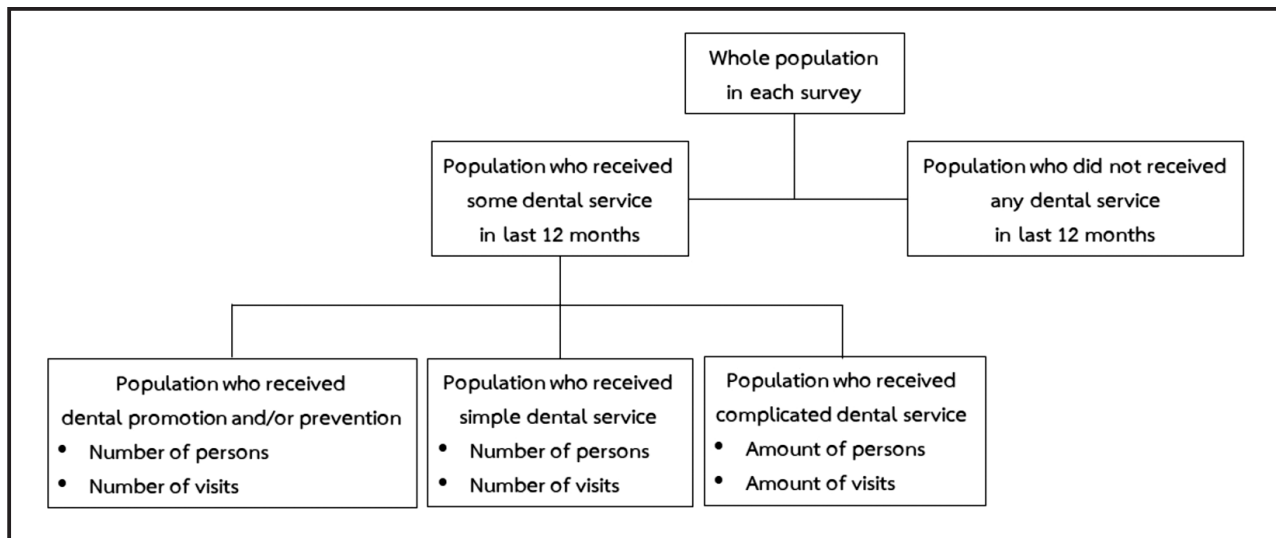


Figure 2 Framework of data analysis

คำตอบในข้อคำถามจำนวนครั้งที่ไปรับบริการทันตกรรม โดยคำตอบตั้งแต่ 13 ครั้งต่อปี จะถูกปรับเป็น 12 ครั้งต่อปีเท่านั้น โดยมีสมมติฐานว่าการใช้บริการจัดฟันเป็นชนิดบริการที่ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งการรักษามากที่สุดในหนึ่งปี เนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ยังมีระยะเวลานัดบริการเพียง 1 ครั้งต่อเดือน⁽¹¹⁾ ดังนั้นจำนวนครั้งที่มากกว่านี้จึงอาจเป็นข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาที่ใช้ข้อมูลแบบตัดขวางจากการสำรวจระดับประชากรจำนวน 5 รอบการสำรวจครอบคลุมระยะเวลา 9 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2558 โดยใช้ข้อมูลชนิดบริการทันตกรรมที่ประชากรได้รับในครั้งสุดท้ายเป็นข้อมูลเทียบเคียงสำหรับจัดกลุ่มประชากรตามประเภทบริการ ดังนี้

1. กลุ่มบริการประเภทส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (oral health prevention) หมายถึง ตรวจรักษาสุขภาพในช่องปาก ทา/เคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟัน
2. กลุ่มบริการประเภทรักษาขั้นพื้นฐาน (simple dental service) หมายถึง ขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์ อุดฟัน ถอนฟัน

3. กลุ่มบริการประเภทรักษาฟื้นฟูขั้นเฉพาะทาง (complicated dental service) หมายถึง รักษารากฟัน ใสฟันเทียม จัดฟัน

สำหรับคำตอบอื่นๆ จะถูกจัดไว้ในกลุ่มไม่สามารถระบุประเภทได้

วิเคราะห์หาความถี่ของประชากรที่ได้รับบริการทันตกรรม และจำนวนครั้งของการได้รับบริการในภาพรวมรายกลุ่มประเภทบริการ รวมทั้งความถี่ของประชากรที่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปากและต้องการเข้ารับบริการแต่ไม่ได้เข้ารับบริการด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22 แล้วเปรียบเทียบอัตราส่วนประชากรที่ได้รับบริการทันตกรรมและประชากรที่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปากและต้องการเข้ารับบริการแต่ไม่ได้เข้ารับบริการระหว่างปีที่สำรวจ โดยใช้ข้อมูลของการสำรวจครั้งแรก ได้แก่ ข้อมูลปี พ.ศ. 2550 และ 2554 เป็นค่าเทียบตามลำดับ

ผลการศึกษา

จำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษาเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2550 - 2554 จาก 65.6 เป็น 67.5 ล้านคน และลดลงในปีถัดมา (พ.ศ. 2555) เหลือ 66.3 ล้านคน แต่กลับเพิ่มขึ้นเป็น 67.1 ล้านคนในปีสุดท้ายที่สำรวจ (พ.ศ. 2558) แต่เมื่อ

วิเคราะห์ความถี่จำแนกระหว่างประชากรที่ได้รับและไม่ได้รับบริการทันตกรรมในช่วง 12 เดือนก่อนรอบการสำรวจ โดยเปรียบเทียบอัตราส่วนกับปีเริ่มแรกที่ใช้ในการศึกษา พบว่าจำนวนประชากรที่ได้รับบริการทันตกรรมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ. 2550 – 2556 แล้วจึงลดลงในปี พ.ศ. 2558 ในขณะที่ประชากรที่ไม่ได้รับบริการทันตกรรมมีจำนวนค่อนข้างคงที่ในทุกปีที่สำรวจ ทั้งนี้ยังคงพบประชากรที่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปากและต้องการเข้ารับบริการแต่ไม่ได้เข้ารับบริการในทุกปีที่มีข้อมูล (ตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณาการได้รับบริการทันตกรรมของประชาชนโดยจำแนกตามกลุ่มประเภทบริการ พบว่าประชากรที่ได้รับบริการกลุ่มประเภทรักษาฟันพื้นฐานเฉพาะ

ทางมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นทุกปีที่สำรวจ จนกระทั่งมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ในสองปีท้ายของการสำรวจ สำหรับประชากรที่ได้รับบริการกลุ่มประเภทส่งเสริมฯ ป้องกันฯ แม้ว่าจะมีแนวโน้มการปรับเพิ่มลดไม่ต่อเนื่อง แต่ก็พบว่าสัดส่วนการได้รับบริการกลุ่มนี้มีความแตกต่างในทิศทางเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลในปีสำรวจปีแรกและปีสุดท้าย ตรงกันข้ามกับประชากรที่ได้รับบริการกลุ่มประเภทรักษาฟันพื้นฐานมีสัดส่วนในปีสำรวจสุดท้ายลดลงจากปีแรกเกือบร้อยละ 7 (ตารางที่ 2)

จำนวนครั้งการได้รับบริการทันตกรรมของกลุ่มบริการประเภทส่งเสริมฯ ป้องกันฯ รักษาฟันพื้นฐาน และกลุ่มที่ไม่สามารถระบุประเภทได้ มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน

Table 1 Frequency and ratio of population by experience in dental service received in last 12 months

Survey year (B.E.)	Population who received some dental service		Population who didn't receive any dental service		Population with unmet dental need	
	persons	ratio by reference year	persons	ratio by reference year	persons	ratio by reference year
2550	5,524,561	Reference	60,119,843	Reference	N/A	N/A
2552	6,094,270	1.10	60,694,304	1.01	N/A	N/A
2554	6,264,680	1.13	61,230,641	1.02	588,495	Reference
2556	6,278,147	1.14	59,985,020	1.00	697,767	1.19
2558	5,443,690	0.99	61,720,042	1.03	662,963	1.13

Note: Reference = reference year, N/A = data is not available

Table 2 Frequency and proportion of population by group of dental service received in last 12 months

Survey year (B.E.)	Complicated dental treatment		Simple dental treatment		Oral health prevention		Cannot classify	
	persons	%	persons	%	persons	%	persons	%
2550	445,681	8.1	4,559,360	82.5	449,474	8.1	70,046	1.3
2552	526,692	8.6	5,020,580	82.4	495,896	8.1	51,102	0.8
2554	621,559	9.9	4,753,697	75.9	572,327	9.1	317,097	5.1
2556	643,940	10.3	4,985,925	79.4	540,164	8.6	108,118	1.7
2558	574,894	10.6	4,117,804	75.6	723,234	13.3	27,758	0.5

Table 3 Mean dental visit per year by group of service category

Dental service category	Mean visit per year (S.D.)				
	B.E. 2550	B.E. 2552	B.E. 2554	B.E. 2556	B.E. 2558
Complicated dental service	2.98 (3.43)	3.14 (3.44)	2.99 (3.18)	4.48 (4.44)	4.52 (4.34)
Simple dental service	1.32 (0.88)	1.45 (1.10)	1.48 (1.22)	1.39 (1.14)	1.37 (1.02)
Oral health prevention	1.31 (0.93)	1.48 (1.20)	1.74 (1.58)	1.33 (0.82)	1.41 (1.01)
Cannot classify	1.49 (0.96)	1.46 (1.61)	1.81 (1.32)	1.38 (1.22)	1.38 (0.99)
Total	1.45 (1.37)	1.59 (1.54)	1.67 (1.63)	1.70 (2.00)	1.71 (1.96)

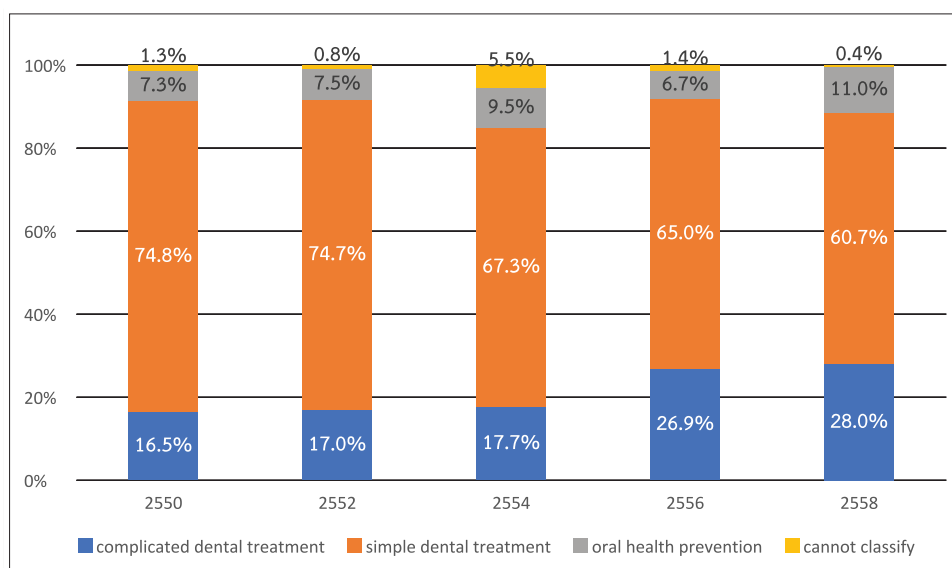


Figure 3 Percentage of dental visit by group of service category

คือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อปี ในทุกปีที่สำรวจ แตกต่างจากกลุ่มบริการประเภทรักษาฟันฟูขึ้นเฉพาะทางที่มีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งมากกว่า 2 ครั้ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนกระทั่งมากกว่า 4 ครั้งในสองปีสุดท้ายของการสำรวจ (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนครั้งการได้รับบริการทันตกรรมระหว่างกลุ่มประเภทบริการ พบว่าสัดส่วนของกลุ่มบริการประเภทรักษาฟันฟูขึ้นเฉพาะทางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องชัดเจน โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2558 ที่พบสัดส่วนจำนวนครั้งของการได้รับบริการกลุ่มนี้มากถึงเกือบร้อยละ 30 ทั้งที่จำนวนประชากรที่ได้รับบริการในภาพรวมของทุกกลุ่มประเภทบริการลดลงจากปีก่อนหน้าก็ตาม ตรงกันข้ามกับสัดส่วนของกลุ่ม

บริการประเภทรักษาฟันฟูขึ้นพื้นฐานที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 3 ใน 4 ส่วนในปีแรกของการสำรวจ เหลือเพียง 3 ใน 5 ส่วนในปีสุดท้ายของการสำรวจ (ภาพที่ 3)

วิจารณ์

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อวิเคราะห์การได้รับบริการทันตกรรมรายประเภทบริการในภาพรวมของประชากรไทย ไม่ได้เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางสังคม และเศรษฐกิจฐานะของประชากร โดยข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตัวบุคคลหรือตัวแทนครัวเรือนถึง

ประสบการณ์การได้รับบริการสุขภาพประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมา ข้อมูลที่ได้จะผ่านการถ่วงน้ำหนักเพื่อให้ได้ภาพรวมประชากรทั้งหมด ผนวกกับการดำเนินงานที่ต่อเนื่องมาเกือบสิบปี ทำให้ข้อมูลชุดนี้เหมาะสมในการนำมาใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบการได้รับบริการทันตกรรมในภาพประชากรได้ อย่างไรก็ตาม ในด้านความแม่นยำของข้อมูลนั้น อาจมีอคติจากความจำที่คลาดเคลื่อนของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ข้อมูลที่น่ามาใช้จำนวน 5 รอบการสำรวจนั้น พบว่าข้อมูลในปี พ.ศ. 2558 มีวิธีการจัดกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากการสำรวจก่อนหน้า โดยเปลี่ยนจากการจัดกลุ่มประชากรรายภาคเป็นรายเขตสุขภาพ การนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้าโดยตรงอาจทำให้แปลความหมายผิดพลาด ดังนั้น การนำข้อมูลไปใช้จึงควรเน้นที่การเปรียบเทียบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลตามเวลาที่เปลี่ยนไปเท่านั้น ผู้วิจัยจึงใช้การเปรียบเทียบสัดส่วนของรายละเอียดการใช้บริการระหว่างปีที่สำรวจแทน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าขณะที่ประชากรที่ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับในระหว่างปี พ.ศ. 2550 – 2556 แต่ประชากรที่ไม่ได้รับบริการทันตกรรมกลับไม่ลดจำนวนลงเลย แม้ว่าข้อจำกัดของข้อมูลที่เป็นการสำรวจแบบตัดขวางซึ่งทำให้ไม่สามารถบ่งบอกได้ว่าผู้ที่ได้รับและไม่ได้รับบริการเป็นประชากรกลุ่มเดียวกันหรือไม่ แต่อาจตีความได้ว่า ความสามารถในการจัดบริการทันตกรรมมีการขยายเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มากพอที่จะลดจำนวนผู้ที่ไม่สามารถรับบริการทันตกรรมได้ แต่เนื่องจากองค์ประกอบของการตัดสินใจเข้ารับบริการทันตกรรมมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยส่วนระบบบริการ ซึ่งความต้องการรับบริการของตัวบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรกที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจแสวงหาบริการ⁽¹²⁾ ซึ่งในชุดข้อมูลที่น่ามาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีข้อคำถามถึงความต้องการรับบริการทันตกรรมโดยตรง มีแต่คำถามถึงเหตุผลที่ไม่ไปรับบริการทันตกรรมต่างๆ ที่มีความต้องการทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าการรับรู้ความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรมของประชากรมีมากน้อยเพียงใด แต่

จากข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศพบว่าสัดส่วนประชากรที่จำเป็นต้องได้รับบริการทันตกรรมมีจำนวนสูงกว่าข้อมูลการใช้บริการทันตกรรมมาโดยตลอด⁽¹³⁾ แม้ว่าข้อมูลทั้งสองชุดดังกล่าวไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้โดยตรงเพราะเป็นการสำรวจกลุ่มตัวอย่างคนละกลุ่มกัน แต่พออนุมานได้ว่าประชากรที่มีความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรมในมุมมองของทันตบุคลากรมีสัดส่วนสูงกว่าความจำเป็นในมุมมองของตัวประชากรมาโดยตลอด เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยส่วนระบบบริการที่ส่งผลต่อการได้รับบริการ อาจแปลความในอีกนัยหนึ่งได้ว่า ช่องว่างระหว่างผู้ที่สามารถเข้าถึงบริการและผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการมีความแตกต่างกันมากขึ้น เพราะประชากรที่ไม่ได้รับบริการทันตกรรมต่างๆ ที่มีความต้องการก็เพิ่มจำนวนมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งหากพิจารณาตามหลักการดำเนินงานเพื่อบรรลุผลการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชากรจะพบว่า ระบบบริการทันตกรรมของประเทศไทยยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายแรกๆ ที่มุ่งให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเป็นสำคัญ⁽¹⁴⁾

จากการวิเคราะห์การได้รับบริการทันตกรรมตามกลุ่มประเภทบริการพบว่า ทั้งจำนวนประชากรและจำนวนครั้งของการรับบริการประเภทรักษาฟันฟูขึ้นเฉพาะทางมีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในทางตรงกันข้ามกับจำนวนการรับบริการประเภทรักษาขั้นพื้นฐานที่ลดน้อยลงอย่างต่อเนื่อง แม้จะเป็นข้อมูลจากฝั่งผู้รับบริการแต่ก็ทำให้น่ากังวลว่าทิศทางการจัดระบบบริการเหมาะสมมากน้อยเพียงใด เพราะการจัดบริการที่มีสัดส่วนของงานเฉพาะทางที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จะทำให้ต้นทุนการจัดบริการสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของระบบบริการในระยะยาวได้^(14,15) ซึ่งเมื่อพิจารณาเชิงระบบจะพบว่าการจัดสรรทรัพยากรสำหรับการจัดบริการโดยไม่มีสัดส่วนการจัดบริการแต่ละประเภทที่ชัดเจน จะทำให้เกิดการแย่งชิงทรัพยากรจากการจัดบริการชนิดหนึ่งไปสู่การจัดบริการอีกชนิดหนึ่ง โดยเฉพาะการดึงทรัพยากรไปในงานที่ซับซ้อนซึ่งต้องการทรัพยากรมากกว่า คงเหลือทรัพยากรไม่เพียงพอสำหรับบริการชนิด

พื้นฐานที่เป็นบริการที่ต้นทุนที่ช่วยป้องกันไม่ให้ลุกลามไปเป็นงานที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้เกิดวงจรของการตั้งรับที่ปลายทางอย่างไม่มีที่สิ้นสุด⁽¹⁶⁾ หรืออาจอธิบายในมุมมองของผู้ใช้บริการได้ว่า ผู้ที่สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทางจะบริโภคเวลาในการให้บริการของทันตแพทย์ไปได้มากกว่า เวลาส่วนที่เหลือของทันตแพทย์จึงกระจายให้ผู้ให้บริการคนอื่นๆ ได้ลดน้อยลง

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการภายใต้การจัดชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ประชากรสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้เท่าเทียมกัน และมีการกระจายทรัพยากรการจัดบริการที่ยุติธรรม⁽¹⁵⁾ หลักการดังกล่าวจึงเหมาะสมสำหรับระบบบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยภาครัฐเป็นหลัก (public - dominated)⁽¹⁷⁾ สำหรับประเทศไทยที่ประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ ได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้บรรลุผลดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการสำรวจอนามัยและสวัสดิการเป็นฐานข้อมูลหลักที่นำมาใช้ในการกำกับติดตาม ซึ่งชุดข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาวิเคราะห์การใช้บริการสุขภาพของประชากรได้หลากหลายแง่มุม เช่น การเปรียบเทียบการใช้บริการระหว่างกลุ่มอายุ การเปรียบเทียบการใช้บริการระหว่างกลุ่มสิทธิสวัสดิการ รวมทั้งการเปรียบเทียบการใช้บริการระหว่างประเภทของหน่วยบริการ ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการทันตกรรมในประเทศไทยพบว่า ประชากรไทยได้รับบริการทันตกรรมจากหน่วยบริการภาครัฐและภาคเอกชนในสัดส่วนเกือบครึ่งต่อครึ่ง⁽⁴⁾ สอดคล้องกับสถานการณ์กำลังคนด้านทันตสุขภาพที่มีการกระจายตัวระหว่างภาครัฐและเอกชนในสัดส่วนใกล้เคียงกัน⁽¹⁸⁾ ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศ มีการระบุเป้าหมายการเพิ่มอัตราการให้บริการทันตกรรมของประชากรในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก แต่การกำกับติดตามยังสามารถดำเนินงานครอบคลุมเฉพาะหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เท่านั้น⁽¹⁹⁾ และไม่ได้ระบุชัดเจนถึงจุดเน้นของระดับบริการว่าควรเน้นที่งานส่งเสริมฯ ป้องกันฯ, รักษาฯ, ฟันฟูฯ ในสัดส่วนมากน้อยเพียงใดจึงจะเหมาะสมสอดคล้องกับทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการที่มีอยู่ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ทิศทางการออกแบบระบบบริการทันตกรรมในภาพรวมของทั้งประเทศนั้น ควรจะได้รับการทบทวน ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการที่เป็นภาครัฐและพิจารณาครอบคลุมไปถึงผู้ให้บริการนอกภาครัฐที่มีทรัพยากรกระจายอยู่ไม่น้อย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรในระบบบริการ จึงจะตอบสนองความต้องการของประชากรได้อย่างเหมาะสมที่สุด ซึ่งส่วนนี้เป็นความรับผิดชอบหลักของผู้อภิบาลระบบสุขภาพที่จะออกแบบและติดตามประเมินผลระบบบริการเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีอย่างเท่าเทียมกันของประชากรทุกคน

ข้อยุติ

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้อภิบาลระบบสุขภาพควรมีการทบทวนการออกแบบระบบบริการทันตกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการทางทันตสุขภาพของประชากร โดยต้องวางสัดส่วนการจัดบริการส่งเสริมฯ ป้องกันฯ, รักษาฯ, ฟันฟูฯ ที่เหมาะสมสำหรับเป็นคานงัดระบบให้กลับสู่เป้าหมายหลักของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ใช่การวางแผนไปตามความต้องการเรียกร้องบริการของประชากรเพียงอย่างเดียว ซึ่งจะส่งผลให้การวางแผนและบริหารจัดการทรัพยากรโดยเฉพาะทันตบุคลากรเป็นไปได้เหมาะสมขึ้น และจำเป็นจะต้องทบทวนตัวชี้วัดที่สามารถกำกับติดตามการดำเนินงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของระบบ เช่น ผลผลิตการจัดการบริการตามระดับความเชี่ยวชาญของบุคลากร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่อนุเคราะห์ข้อมูลสำหรับใช้ในการศึกษานี้



References

1. National Health Security Office. National Health Security Act B.E. 2545 (A.D. 2002). 2002.
2. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO; 2010.
3. Health Data Center. About HDC [cited 2018 May 16]. Available from: <http://neo.moph.go.th/hdc/>.
4. National Statistical Office. The 2015 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2015. (in Thai)
5. Dental Profession Act of B.E. 2537. (Sep 6, B.E.2537) (in Thai)
6. Hussey PS, de Vries H, Romley J, Wang MC, Chen SS, Shekelle PG, et al. A systematic review of health care efficiency measures. *Health Services Research* 2009;44(3):784-805.
7. National Statistical Office. The 2007 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2007. (in Thai)
8. National Statistical Office. The 2009 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2009. (in Thai)
9. National Statistical Office. The 2011 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2011. (in Thai)
10. National Statistical Office. The 2013 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2013. (in Thai)
11. Reitan K. Clinical and histologic observations on tooth movement during and after orthodontic treatment. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 1967;53(10):721-45.
12. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995;36(1):1-10.
13. Bureau of Dental Health. The 7th Thailand national oral health survey. Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
14. World Health Organization. Health systems financing: the path to universal coverage. *World health report*. Geneva: WHO; 2010.
15. World Health Organization. Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva: WHO; 2014.
16. Senge P. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday/Currency; 1990.
17. Nicholson D, Yates R, Warburton W, Fontana G. Delivering universal health coverage, a guide for policymakers. Report of the WISH Universal Health Coverage Forum 2015.
18. Bureau of Dental Health. The report of human resource for dental health service. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
19. Ministry of Public Health. Standard report for oral health service plan. [Internet]. [cited 26 May 2018]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5.

ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามหลักการจัดกลุ่มโรค ผู้ป่วยนอกเพื่อการจ่ายเงินที่โรงพยาบาลบางบัวทอง

กิตติยา ชูโชติ*

นิลวรรณ อุกักติ†

ผู้รับผิดชอบบทความ: กิตติยา ชูโชติ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานตามแนวคิดการจัดกลุ่มโรคเรื้อรังผู้ป่วยนอก เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง รวบรวมข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยเบาหวานจากโปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2555 - 31 ธันวาคม 2557 วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายตามแนวคิดการจัดกลุ่มโรค 2 แนวคิด คือ แนวคิดที่ 1 ระบบการจัดกลุ่มโรคเรื้อรัง (chronic disease group system) และแนวคิดที่ 2 ระบบการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication risk assessment system) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบความเหมาะสมของการจัดกลุ่มโรค คือ สัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (coefficient of variation: CV) และการลดความแปรปรวน (reduction in variance: RIV) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 1,066 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.95) อายุเฉลี่ย 65.42 ± 10.29 ปี ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิหลักในการรักษาพยาบาล มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล 6,442.26 บาทต่อคนต่อปี (SD = 3,904.78) การจัดกลุ่มโรคทั้ง 2 แนวคิดมีความเหมาะสมของการจัดกลุ่มเนื่องจากมีค่า CV ต่ำกว่าร้อยละ 150 และสามารถลดความแปรปรวนได้ แนวคิดที่ 1 ระบบการจัดกลุ่มโรคเรื้อรัง ให้ความชัดเจนทั้งในรูปแบบของค่าใช้จ่าย รูปแบบของโรคที่เป็นและจำนวนยาที่ได้รับ แต่การจัดกลุ่มในแนวคิดที่ 2 ระบบการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ความชัดเจนเพียงในรูปแบบของค่าใช้จ่าย ไม่สามารถอธิบายรูปแบบของโรคที่เป็นและจำนวนยาที่ได้รับ จึงมีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการจัดกลุ่มโรคด้วยแนวคิดที่ 1 มาศึกษาและพัฒนาการจัดกลุ่มโรคผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: ค่าใช้จ่าย, กลุ่มโรคเรื้อรัง, โรคเบาหวาน

Expenditure of Diabetes Mellitus According to Classification Systems for Outpatient Payment at Bangbuathong Hospital

Kittiya Choochote*, Nilawan Upakdee**

* Bangbuathong Hospital

** Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

Corresponding author: Kittiya Choochote, ktychoochoo@gmail.com

Abstract

This research aimed to analyze the expenditure in patients with diabetes mellitus. This study was a retrospective descriptive study. Data was collected from electronic medical record by HOSxP of Bangbuathong Hospital in Nonthaburi since 1 January 2012 to 31 December 2014. Cost analysis was based on

* โรงพยาบาลบางบัวทอง จ.นนทบุรี

† คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2 concepts of disease classification. The concept 1 was chronic disease group system and the concept 2 was complication risk assessment system. Descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, was performed for baseline characteristics, and analytical statistics such as coefficient of variation (CV) and reduction in variance (RIV) for testing of classification. The results showed that there were 1,066 patients with diabetes mellitus. Most of them were women (71.95%). The average age was 65.42 ± 10.29 years and most were covered by the universal health coverage scheme (86.87%). The average expenditure was 6,442.26 baht per person per year ($SD = 3,904.78$). Disease classification by both concepts had CV lower than 150% and decrease RIV. The concept of chronic disease group system had clarity in the pattern of payment, pattern of disease and items of medication. The concept of complication risk assessment system had clarity only on the pattern of payment, but not on the pattern of disease or items of medication. Further research and development on outpatient disease classification should focus on the concept of chronic disease group system.

Keywords: payment, chronic disease group, diabetes mellitus

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาประเทศ รายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2555 ระบุว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 38 ล้านคน (ร้อยละ 68 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก) และเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี มากกว่าร้อยละ 40 ของผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด⁽¹⁾ ทำให้องค์กรระดับชาติและรัฐบาลของแต่ละประเทศให้ความสำคัญต่อการจัดการปัญหาดังกล่าว โดยวางเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์โลกเรื่องการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ การลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568⁽²⁾ ประเทศไทยมีข้อมูลการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อสำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังและโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2555 - 2559 พบว่าอัตราการตายในกลุ่มโรคดังกล่าวคิดเป็น 32.30, 22.30, 48.70, 11.40 และ 12.20 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จึงส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ⁽³⁾ และพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก จาก 127,655 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 392,368 ล้านบาทในปี

พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นค่ารักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนอกร้อยละ 42.60 ในปี พ.ศ. 2537 และร้อยละ 42.10 ในปี พ.ศ. 2553⁽⁴⁾ และค่าใช้จ่ายด้านยามีการเติบโตในอัตราประมาณร้อยละ 7-8 ต่อปี สาเหตุของการบริโภคนยา เช่น ค่านิยมในการรักษาสุขภาพมีมากขึ้น ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการสาธารณสุขได้หลายช่องทาง อีกทั้งระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศทำให้ประชาชนเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น⁽⁵⁾ เช่น สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งมีค่ารักษาพยาบาลเติบโตอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง เฉพาะในปีงบประมาณ 2551 มีมูลค่าถึง 54,904.48 บาท เฉพาะค่ายามีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 80 ของค่าบริการผู้ป่วยนอก⁽⁶⁾ กรณีผู้ป่วยไม่มีเครื่องมือในการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ด้วยการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group; DRG) กรณีผู้ป่วยนอก ยังต้องศึกษาและพัฒนาระบบกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอกเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ⁽⁷⁾ ดังนั้น กรมบัญชีกลางจึงได้พัฒนาเครื่องมือคำนวณการจ่ายค่าบริการ โดยร่วมกับทีมวิชาการของศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) ดำเนินโครงการศึกษารูปแบบการใช้บริการผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังที่สำคัญและพบบ่อยในโรงพยาบาลกรณีศึกษา สนับสนุนการพัฒนาระบบการจัดกลุ่มผู้ป่วยนอกเพื่อเบิกจ่ายค่า

รักษาพยาบาลสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ได้วิเคราะห์รูปแบบและค่าใช้จ่ายของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง เพื่อศึกษาผลกระทบของการจ่ายเงินที่ส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพการพัฒนาบริการ และเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการสำหรับบริการผู้ป่วยนอก โครงการนำหลักการของระบบการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคหรือตัววัดส่วนผสมของผู้ป่วย (casemix measure) จัดกลุ่มตามการวินิจฉัยโรคหลัก (major category) ด้วยโรคเรื้อรัง 3 โรคดังกล่าว แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่ม 1 ได้แก่ โรคเรื้อรังหลัก 1 โรค กลุ่ม 2 ได้แก่ โรคเรื้อรังหลักร่วมโรคเรื้อรัง 2 โรคหรือโรคใดโรคหนึ่ง กลุ่ม 3 ได้แก่ โรคเรื้อรังหลัก 1 โรคร่วมกับภาวะแทรกซ้อน และกลุ่ม 4 ได้แก่ โรคเรื้อรังหลักร่วมโรคเรื้อรัง 2 โรคหรือโรคใดโรคหนึ่งและมีภาวะแทรกซ้อนตามลำดับขั้น แต่ยังคงมีข้อจำกัดของทรัพยากรข้อมูล คือมีโครงสร้างข้อมูลที่หลากหลายจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานตามหลักการจัดกลุ่มโรคเรื้อรังในคลินิกเบาหวาน งานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการ 509/57

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบางบัวทอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2555 - 31 ธันวาคม 2557

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลการรับบริการที่คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในกรณีผู้ป่วยนอกและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน มีรหัสการวินิจฉัยโรค (International Classification of Diseases and Related Health 10th Revision: ICD-10) คือ E10.0 – E14.9 และอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่ปรากฏข้อมูลการรักษาพยาบาลและไม่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในปีที่รวบรวมข้อมูล และมีจำนวนการมารับบริการด้วยโรคเบาหวานน้อยกว่า 4 ครั้งต่อปี

ค่าใช้จ่าย หมายถึง การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ สำหรับการวิจัยนี้ครอบคลุมเฉพาะค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจรังสี และค่าหัตถการ

การจัดกลุ่มโรค หมายถึง การจัดกลุ่มผู้ป่วยด้วยหลักการของระบบกลุ่มโรคร่วมที่ว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาพยาบาลใกล้เคียงกัน การศึกษานี้มุ่งเน้นเฉพาะจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคหลัก คือ โรคเบาหวาน ได้ประยุกต์จากแนวคิดของโครงการศึกษารูปแบบการใช้บริการผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังดังกล่าว โดยมีแนวคิดในการจัดกลุ่มโรค 2 รูปแบบ ดังนี้

แนวคิดที่ 1 ระบบการจัดกลุ่มโรคเรื้อรัง (chronic disease group system) เป็นการจัดกลุ่มด้วยรหัสวินิจฉัยโรค (ICD-10) ตามการวินิจฉัยโรคหลัก (major category) คือ โรคเบาหวาน ร่วมกับการจัดลำดับความรุนแรงของโรคจากการวินิจฉัยโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและภาวะแทรกซ้อน ตามลำดับขั้น (hierarchies) โดยใช้รหัสวินิจฉัยโรคในการมารับบริการครั้งสุดท้ายของปี 2557 แบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่ม 1 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก ได้แก่ โรคเบาหวาน (DM only)

กลุ่ม 2 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักและโรคร่วม 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (DM + HT) โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง (DM + HLD)

กลุ่ม 3 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักและโรคร่วม 2 โรค ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง (DM + HT + HLD)

กลุ่ม 4 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคเบาหวานที่มีและไม่มีโรคร่วมร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน (DM / DM + HT / DM + HLD / DM + HT + HLD + complications)

แนวคิดที่ 2 ระบบการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication risk assessment system) เป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคหลัก คือ โรคเบาหวาน ด้วยการประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557⁽⁸⁾ โดย

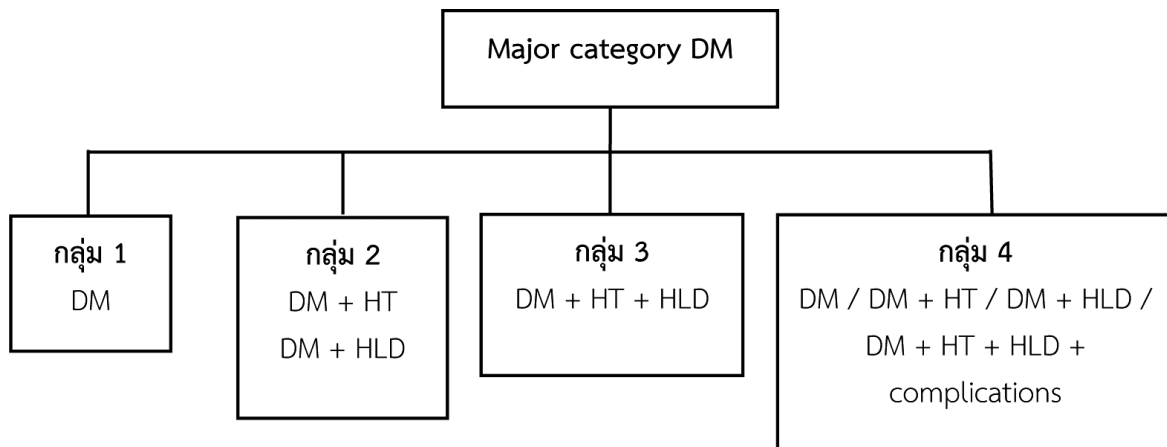
ใช้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ในครั้งสุดท้ายที่ได้รับการตรวจเป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่ม แบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่ม 1 คือ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ำในการเกิดภาวะแทรกซ้อน (HbA1C < 7.0%)

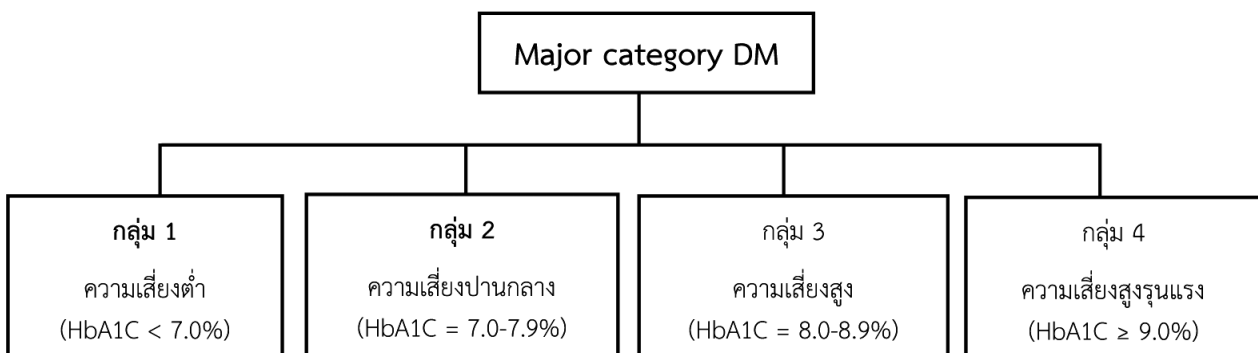
กลุ่ม 2 คือ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงปานกลางในการเกิดภาวะแทรกซ้อน (HbA1C = 7.0-7.9%)

กลุ่ม 3 คือ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน (HbA1C = 8.0-8.9%)

กลุ่ม 4 คือ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงรุนแรงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน (HbA1C ≥ 9.0%)



ภาพที่ 1 การจัดกลุ่มโรคด้วยแนวคิดที่ 1 ระบบการจัดกลุ่มโรคเรื้อรัง (chronic disease group system)



ภาพที่ 2 การจัดกลุ่มโรคด้วยแนวคิดที่ 2 ระบบการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication risk assessment system)

เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลการใช้บริการจากแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ ในฐานข้อมูลโปรแกรม HOSXP ของโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา ข้อมูลการรักษาพยาบาล ได้แก่ วันที่รับบริการ รหัสการวินิจฉัยหลัก รหัสการวินิจฉัยรอง รายการยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี หัตถการ ค่าใช้จ่ายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน สถิติที่ใช้ทดสอบคือ จำนวน ร้อยละ

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถิติที่ใช้ทดสอบคือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ช่วงข้อมูลต่ำสุดและสูงสุด ทดสอบความเหมาะสมของการจัดกลุ่ม นำมาวิเคราะห์ความเหมาะสมของการจัดกลุ่มโรคเรื้อรัง นั่นคือการจัดกลุ่มโรคเรื้อรังภายในกลุ่มเดียวกันควรจัดให้ได้ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความสอดคล้องหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุดทั้งทางคลินิกและการใช้ทรัพยากร (homogeneous within group) และระหว่างกลุ่มควรมีความแตกต่างกันให้มากที่สุด (heterogeneous between groups) สถิติที่ใช้ทดสอบ คือ

1. สัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (coefficient of variation: CV) คือ ความสามารถในการลดความแปรปรวนภายในกลุ่มย่อย เป็นการวิเคราะห์เพื่อดูความคล้ายคลึงกันภายในกลุ่ม (homogeneity) มีสูตรคำนวณดังนี้

สัมประสิทธิ์ความแปรปรวน =

$$\frac{\text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าใช้จ่ายของแต่ละกลุ่ม}}{\text{ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายแต่ละกลุ่ม}} \times 100$$

ค่าสัมประสิทธิ์ความแปรปรวนควรมีค่าไม่เกิน 150% หากกลุ่มใดมีค่าต่ำกว่า 150% มากกว่า แสดงว่าค่าใช้จ่ายในกลุ่มนั้นมีความคล้ายคลึงกันมากกว่า^(9,10)

2. การลดค่าความแปรปรวน (reduction in vari-

ance: RIV) คือ ความสามารถในการสร้างความแตกต่างระหว่างกลุ่ม เป็นการวิเคราะห์เพื่อดูประสิทธิภาพของการจัดกลุ่มว่าสามารถลดความแปรปรวนหรือความแตกต่างกันของตัวแปรตาม มีสูตรคำนวณดังนี้

$$RIV = \frac{\sum_i (y_i - A)^2 - \sum_i (y_i - A_g)^2}{\sum_i (y_i - A)^2} \times 100$$

Y_i คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยรายคน

A คือ ค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยทั้งหมด

A_g คือ ค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

การคำนวณลดความแปรปรวนของค่าใช้จ่าย หากกลุ่มใดมีค่าการลดความแปรปรวนได้มากกว่า นั่นคือกลุ่มนั้นสามารถลดความแปรปรวนได้มาก (มีค่าเข้าใกล้ 100) แสดงว่าการจัดกลุ่มนั้นให้ผลดีและสร้างความแตกต่างระหว่างกลุ่มได้ดีกว่า^(9,10)

ผลการศึกษา

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 1,066 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 767 คน (ร้อยละ 71.95) เพศชายจำนวน 299 คน (ร้อยละ 28.05) อายุเฉลี่ย 65.42 ± 10.29 ปี ผู้ป่วยจำนวนมากที่สุดที่ช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 36.30) สำหรับสิทธิการรักษาพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 86.87) ดังแสดงในตารางที่ 1

แนวคิดที่ 1 ระบบการจัดกลุ่มโรคเรื้อรัง

การจัดกลุ่มโรคด้วยแนวคิดที่ 1 ระบบการจัดกลุ่มโรคเรื้อรัง (chronic disease group system) โดยใช้รหัสวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วมและ/หรือภาวะแทรกซ้อนเป็น

เกณฑ์ในการจัดกลุ่ม แบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่ม 1 การวินิจฉัยโรคหลักคือ โรคเบาหวาน จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 6.67 ครั้งต่อปี (SD = 1.78) คิดแยกเป็น 4-6, 7-10 และ 11-13 ครั้งต่อปี ร้อยละ 50, 42.86 และ 7.14 ตามลำดับ

กลุ่ม 2 การวินิจฉัยโรคหลักและโรคร่วม 1 โรคคือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 7.07 ครั้งต่อปี (SD = 2.00) คิดแยกเป็น 4-6, 7-10 และ 11-16 ครั้งต่อปี ร้อยละ 49.16, 43.14 และ 7.67 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	299	28.05
หญิง	767	71.95
อายุ (ปี)		
< 40	8	0.75
40-49	63	5.91
50-59	233	21.86
60-69	387	36.30
≥ 70	375	35.18
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	65.42 ± 10.29	
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	33-89	
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	926	86.87
สวัสดิการข้าราชการ	120	11.26
ประกันสังคม	17	1.59
ชำระเงิน	3	0.28
รวม	1,066	100.00

กลุ่ม 3 การวินิจฉัยโรคหลักและโรคร่วม 2 โรคคือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 7.08 ครั้งต่อปี (SD = 1.89) คิดแยกเป็น 4-6, 7-10 และ 11-15 ครั้งต่อปี ร้อยละ 45.85, 45.68 และ 8.47 ตามลำดับ

กลุ่ม 4 การวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนคือ โรคเบาหวานที่มีและไม่มีโรคร่วม และมีภาวะแทรกซ้อน จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 7.32 ครั้งต่อปี (SD = 2.16) คิดแยกเป็น 4-6, 7-10 และ 11-16 ครั้งต่อปี ร้อยละ 40.65, 50.41 และ 8.94 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

การจัดกลุ่มโรคด้วยแนวคิดที่ 1 พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยในกลุ่มย่อยมีความสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในภาพรวม คือ ทุกกลุ่มย่อยมีผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60-69 ปี ยกเว้นกลุ่ม 4 พบช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไปมากที่สุด กลุ่ม 3 คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคหลักเป็นเบาหวานและมีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคไขมันในเลือดสูงเป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยมากที่สุดจำนวน 602 คน (ร้อยละ 56.47) และกลุ่ม 1 คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคหลักเป็น

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแจกแจงรายกลุ่มแนวคิดที่ 1 ระบบการจัดกลุ่มโรคเรื้อรัง (chronic disease group system)

กลุ่ม	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ช่วงอายุ* (ปี)	จำนวน (ครั้ง) การใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย (SD)	รูปแบบจำนวนยาที่ได้รับ (รายการ)
1	42	60-69	6.67 (1.78)	1-6
2	299	60-69	7.07 (2.00)	3-10
3	602	60-69	7.08 (1.89)	4-11
4	123	≥ 70	7.32 (2.16)	5-12

หมายเหตุ: * พบมากที่สุด

เบาหวานเท่านั้น มีผู้ป่วยน้อยที่สุดจำนวน 42 คน (ร้อยละ 3.94) การใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 6.67-7.32 ครั้งต่อปี คิดเป็นการนัดตรวจติดตามในช่วง 1.64-1.80 เดือน รูปแบบจำนวนยาที่ได้รับเรียงลำดับมากขึ้นจากกลุ่ม 1-4

ผลการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมีมูลค่าเฉลี่ย 6,442.26 บาทต่อคนต่อปี (SD = 3,904.78) มีรยฐาน 5,331.25 บาท โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากกลุ่ม 1-4 ตามลำดับ กลุ่ม 4 คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคหลักเป็นเบาหวานที่มีและไม่มีโรคร่วมและพบภาวะแทรกซ้อน เป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลสูงสุด คือ 7,995.57 บาทต่อคนต่อปี (SD = 4,646.32)

ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมในการจัดกลุ่มโรคพบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (CV) ของค่ารักษาพยาบาลทั้ง 4 กลุ่มย่อยมีค่าไม่เกินร้อยละ 150 แสดงถึงค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน โดยกลุ่ม 3 เป็นกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดมีค่า CV เท่ากับ 58.90 และกลุ่ม 1 เป็นกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยน้อยที่สุด แต่มีค่า CV สูงสุดเท่ากับ 65.31 และสำหรับการลดค่าความแปรปรวน (RIV) พบว่าการแบ่ง 4 กลุ่มย่อย ด้วยแนวคิดที่ 1 สามารถลดความแปรปรวนได้เท่ากับร้อยละ 3.66 ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 3 ค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล (บาทต่อคนต่อปี) แนวคิดที่ 1 ระบบการจัดกลุ่มโรคเรื้อรัง (chronic disease group system)

กลุ่ม	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (บาทต่อคนต่อปี)					
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	CV %	RIV %
1	5,262.30	3,436.67	1,752.50	20,197.00	65.31	-
2	5,587.86	3,355.34	1,100.00	27,589.50	60.05	-
3	6,631.57	3,906.21	1,115.00	27,678.50	58.90	-
4	7,995.57	4,646.32	1,985.00	24,598.00	58.11	-
ทั้งหมด	6,442.26	3,904.78	1,100.00	27,678.50	60.61	3.66

หมายเหตุ: กลุ่ม 1 การวินิจฉัยโรคหลัก คือ โรคเบาหวาน

กลุ่ม 2 การวินิจฉัยโรคหลักและโรคร่วม 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง

กลุ่ม 3 การวินิจฉัยโรคหลักและโรคร่วม 2 โรค ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง

กลุ่ม 4 การวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคเบาหวานที่มีและไม่มีโรคร่วม ร่วมกับภาวะแทรกซ้อน

ที่ 3

แนวคิดที่ 2 ระบบการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การจัดกลุ่มโรคด้วยแนวคิดที่ 2 ระบบการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication risk assessment system) โดยการประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) เป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่ม แบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่ม 1 คือ ความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (HbA1C < 7.0%) พบว่า ภายในกลุ่มมีสัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่ม 1-4 จากการจัดกลุ่มในแนวคิดที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 2.72, 29.76, 56.16 และ 11.36 ตามลำดับ จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 6.78 ครั้งต่อปี (SD = 1.67) คิดแยกเป็น 4-6, 7-10 และ 11-16 ครั้งต่อปี ร้อยละ 52.16, 43.20 และ 4.64 ตามลำดับ

กลุ่ม 2 คือ ความเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (HbA1C = 7.0-7.9%) พบว่า ภายในกลุ่มมีสัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่ม 1-4 จากการจัดกลุ่มในแนวคิดที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 4.63, 26.85, 57.41 และ 11.11 ตาม



ลำดับ จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 7.42 ครั้งต่อปี (SD = 2.12) คิดแยกเป็น 4-6, 7-10 และ 11-14 ครั้งต่อปี ร้อยละ 38.89, 49.54 และ 11.57 ตามลำดับ

กลุ่ม 3 คือ ความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (HbA1C = 8.0-8.9%) พบว่า ภายในกลุ่มมีสัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่ม 1-4 จากการจัดกลุ่มในแนวคิดที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 6.50, 22.76, 56.91 และ 13.82 ตามลำดับ และมีจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 7.50 ครั้งต่อปี (SD = 2.31) คิดแยกเป็น 4-6, 7-10 และ 11-16 ครั้งต่อปี ร้อยละ 42.28, 44.72 และ 13.00 ตามลำดับ

กลุ่ม 4 คือ ความเสี่ยงรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (HbA1C \geq 9.0%) พบว่า ภายในกลุ่มมีสัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่ม 1-4 จากการจัดกลุ่มในแนวคิดที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 6.86, 26.47, 55.88 และ 10.78 ตามลำดับ จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 7.79 ครั้งต่อปี (SD = 2.34) คิดแยกเป็น 4-6, 7-10 และ 11-14 ครั้งต่อปี ร้อยละ 31.37, 50.98 และ 17.65 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

การจัดกลุ่มโรคด้วยแนวคิดที่ 2 พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยในกลุ่มย่อยมีความสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในภาพรวม คือ ทุกกลุ่มย่อยมีผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 60-69 ปี ยกเว้นกลุ่ม 1 พบช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไปมากที่สุด และเป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่สุด 625 คน (ร้อยละ 58.63) กลุ่ม 4 เป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยจำนวน

น้อยที่สุด 102 คน (ร้อยละ 9.57) การใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 6.78-7.79 ครั้งต่อปี คิดเป็นการนัดตรวจติดตามในช่วง 1.54-1.77 เดือน รูปแบบจำนวนยาที่ได้รับไม่มีรูปแบบชัดเจน พบว่าแต่ละกลุ่มย่อยได้รับจำนวนยา 1-12 รายการ โดยกลุ่ม 2 และ 3 พบว่าจำนวนรายการยาน้อยที่สุดคือ 4 รายการ

ผลการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานแนวคิดที่ 2 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากกลุ่ม 1-4 ตามลำดับ โดยกลุ่ม 4 คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HbA1C \geq 9.0% เป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลสูงสุด 8,125.63 บาทต่อคนต่อปี (SD = 4,367.63)

ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของการจัดกลุ่มโรคเรื้อรังแนวคิดที่ 2 ระบบประเมินความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน (complication risk assessment system) ด้วยการทดสอบสถิติ มีดังนี้

1. ค่าสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (coefficient of variation: CV) พบว่า ทั้ง 4 กลุ่มย่อยมีค่าสัมประสิทธิ์ความแปรปรวนของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนี้ 58.88, 64.38, 56.25 และ 53.75 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าน้อยกว่าร้อยละ 150 นั่นคือ การจัดกลุ่มโรคด้วยแนวคิดที่ 2 ให้ความคล้ายคลึงกันภายในกลุ่มได้เช่นกัน กลุ่ม 2 คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับปานกลางมีค่า CV มากที่สุดแสดงว่าค่าใช้จ่ายในการรักษา

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแจกแจงรายกลุ่มแนวคิดที่ 2 ระบบการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication risk assessment system)

กลุ่ม	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ช่วงอายุ* (ปี)	จำนวน (ครั้ง) การใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย (SD)	รูปแบบจำนวนยาที่ได้รับ (รายการ)
1	625	\geq 70	6.78 (1.67)	1-12
2	216	60-69	7.42 (2.12)	4-12
3	123	60-69	7.50 (2.31)	4-12
4	102	60-69	7.79 (2.34)	1-12

หมายเหตุ: * พบมากที่สุด

ตารางที่ 5 ค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล (บาทต่อคนต่อปี) แนวคิดที่ 2 ระบบการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication risk assessment system)

กลุ่ม	ค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลต่อคน (บาทต่อปี)					
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	CV %	RIV %
1	5,858.66	3,449.59	1,115.00	27,589.50	58.88	-
2	6,653.57	4,283.46	1,100.00	27,678.50	64.38	-
3	7,640.63	4,297.64	2,192.50	22,738.80	56.25	-
4	8,125.63	4,367.63	2,165.00	26,558.00	53.75	-
ทั้งหมด	6,442.26	3,904.78	1,100.00	27,678.50	60.61	4.23

หมายเหตุ: กลุ่ม 1 คือ ความเสี่ยงต่ำ (HbA1C < 7.0%)

กลุ่ม 2 คือ ความเสี่ยงปานกลาง (HbA1C = 7.0-7.9%)

กลุ่ม 3 คือ ความเสี่ยงสูง (HbA1C = 8.0-8.9%)

กลุ่ม 4 คือ ความเสี่ยงสูงรุนแรง (HbA1C ≥ 9.0%)

พยาบาลภายในกลุ่มมีการกระจายตัวมากที่สุด จึงส่งผลให้ค่าความแปรปรวนมากที่สุด

2. การลดค่าความแปรปรวน (reduction in variance: RIV) พบว่าการจัดกลุ่มโรคด้วยแนวคิดที่ 2 มีความสามารถในการลดความแปรปรวนของค่าใช้จ่ายในการรักษาเท่ากับร้อยละ 4.23

การจัดกลุ่มโรคด้วยแนวคิดที่ 2 ระบบการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication risk assessment system) แต่ละกลุ่มย่อยมีลักษณะของผู้ป่วยทั้งเพศ อายุ กลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยในรูปแบบเดียวกัน รูปแบบการใช้ยาภายในกลุ่มมีความหลากหลายตั้งแต่ 1-12 รายการ จึงไม่สามารถบ่งบอกถึงตัวแปรที่มีผลต่อค่าสถิติที่ใช้ทดสอบการจัดกลุ่มได้ ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมในการจัดกลุ่มโรคพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (CV) ของค่าการรักษาพยาบาลทั้ง 4 กลุ่มย่อยมีค่าไม่เกินร้อยละ 150 แสดงถึงค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน โดยกลุ่ม 1 เป็นกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดมีค่า CV เท่ากับ 58.88 และกลุ่ม 4 เป็นกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยน้อยที่สุดแต่มีค่า CV ต่ำสุดเท่ากับ 53.75 และสำหรับการลดค่าความแปรปรวน (RIV) พบว่าทั้ง 4 กลุ่ม

ย่อยจากการจัดกลุ่มโรคด้วยแนวคิดที่ 2 สามารถลดความแปรปรวนได้ ร้อยละ 4.23 ดังแสดงในตารางที่ 5

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 1,066 คนนั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 767 คน (ร้อยละ 71.95) เพศชายจำนวน 299 คน (ร้อยละ 28.05) อายุเฉลี่ย 65.42 ± 10.29 ปี โดยช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 36.30) เป็นช่วงอายุที่พบมากที่สุด สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 86.87) สอดคล้องกับผลการศึกษาการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555⁽¹¹⁾ ซึ่งมีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.80) อายุเฉลี่ย 61.50 ± 11.30 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 60-69 ปี (ร้อยละ 31.00) มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 75.60)

ค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมีมูลค่า 6,442.26 บาทต่อคนต่อปี ค่าใช้จ่ายมีแนว

โน้มสูงขึ้น โดยมีค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายหลักในการรักษาพยาบาลและเป็นรายการที่มีมูลค่าสูงสุดต่อใบสั่งยาคิดเป็นร้อยละ 69.87-72.39 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค่าใช้จ่ายรายปีผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลสระบุรีด้วยการลงทะเบียนแบบย้อนกลับพบว่าค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่ายาคิดเป็นร้อยละ 71.11⁽¹²⁾ จึงส่งผลให้ค่าใช้จ่ายรวมในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นเช่นเดียวกัน นั่นคือ ในการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องหากพบการเปลี่ยนแปลงของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน แพทย์ผู้รักษาจะปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสมเพื่อควบคุมอาการและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น การปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารยา การปรับเปลี่ยนรายการยา จึงมีผลทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นรายการค่าใช้จ่ายที่มีมูลค่ารองจากค่ายา คิดเป็นร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่ละปีมีมูลค่าใกล้เคียงกันเนื่องจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีรูปแบบเดียวกัน สำหรับค่าตรวจทางรังสีและค่าหัตถการไม่ได้เป็นค่าใช้จ่ายหลักในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 2-5 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบค่าใช้จ่ายหลักในโครงการศึกษารูปแบบการใช้บริการผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังที่สำคัญและพบบ่อยในโรคเบาหวานที่พบว่าค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 75-85 ของค่าใช้จ่ายรวม สำหรับค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจทางรังสีและค่าหัตถการเป็นค่าใช้จ่ายส่วนน้อยคิดเป็นร้อยละ 15-25

การจัดกลุ่มโรคเรื้อรังด้วยแนวคิดทั้ง 2 รูปแบบ มีค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นจากกลุ่มย่อย 1-4 นั่นคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีมูลค่าน้อยในกลุ่มโรคเรื้อรังเพียงโรคเดียวและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและมีภาวะแทรกซ้อน และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสอดคล้องกัน ดังนี้ แนวคิดที่ 1 มูลค่า 5,262.30, 5,587.86, 6,631.57

และ 7,995.57 บาทต่อคนต่อปี แนวคิดที่ 2 มูลค่า 5,858.66, 6,653.57, 7,640.63 และ 8,125.63 บาทต่อคนต่อปี ตามลำดับ เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ 2556 - 2559 มีมูลค่า ดังนี้ 2,755.60, 2,895.09, 2,895.09 และ 3,028.94 บาทต่อผู้มีสิทธิ⁽¹³⁻¹⁶⁾ ตามลำดับ (ไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายรายการบริการควบคุมป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรังซึ่งเป็นงบประมาณที่เพิ่มเติม) การศึกษานี้พบว่าแนวคิดในการจัดกลุ่มทั้ง 2 รูปแบบให้รูปแบบของค่าใช้จ่ายในกลุ่มย่อยที่สอดคล้องกันอาจเป็นเพราะโรงพยาบาลใช้บัญชีรายการเดียวกันในทุกสิทธิการรักษาพยาบาล จึงลดข้อจำกัดของฐานข้อมูลที่มีความแตกต่างกันได้

ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของการจัดกลุ่มด้วยการทดสอบสถิติ 1) ค่าสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (coefficient of variation: CV) เป็นสถิติที่บ่งบอกถึงความคล้ายคลึงกันภายในกลุ่ม ควรมีค่าน้อยกว่าร้อยละ 150 พบว่าการจัดกลุ่มโรคเรื้อรังด้วยแนวคิดทั้ง 2 รูปแบบทั้ง 4 กลุ่มย่อยมี CV น้อยกว่า 150 ดังนี้ แนวคิดที่ 1 มี CV เท่ากับ 65.31, 60.05, 58.90 และ 58.11 แนวคิดที่ 2 มี CV เท่ากับ 58.88, 64.38, 56.25 และ 53.75 ตามลำดับ และ 2) การลดค่าความแปรปรวน (reduction in variance: RIV) เป็นสถิติที่บ่งบอกถึงความสามารถในการสร้างความแตกต่างระหว่างกลุ่ม หากกลุ่มใดมีการลดความแปรปรวนที่มากกว่า นั่นคือการจัดกลุ่มนั้นสามารถลดความแปรปรวนของค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า พบว่าการจัดกลุ่มโรคเรื้อรังด้วยแนวคิดทั้ง 2 รูปแบบ แนวคิดที่ 1 มี RIV เท่ากับร้อยละ 3.66 แนวคิดที่ 2 มี RIV เท่ากับร้อยละ 4.23 ตามลำดับ นั่นคือ มีความเป็นไปได้ในการนำแนวคิดทั้ง 2 รูปแบบนี้มาทำการศึกษาเพื่อพัฒนาการจัดกลุ่มโรคเรื้อรังต่อไป สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยพิจารณาว่าแนวคิดที่ 1 ระบบการจัดกลุ่มโรคเรื้อรัง มีความเหมาะสมในการจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบจากข้อดีและข้อเสียในการจัดกลุ่มโรคทั้ง 2 แนวคิด ดังนี้

แนวคิดที่ 1 ระบบการจัดกลุ่มโรคเรื้อรัง

ข้อดี คือ

1. ตัวแปรในการจัดกลุ่มใช้เพียง 1 ตัวแปร คือ การวินิจฉัยโรค จึงทำให้สะดวกในการนำข้อมูลมาใช้จัดกลุ่มโรค

2. การจัดกลุ่มให้รูปแบบของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน โดยมีแนวโน้มของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มที่มีโรคร่วมหรือมีภาวะแทรกซ้อนร่วม

3. ภายในกลุ่มย่อยให้ตัวแปรด้านเพศและอายุสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมด

4. รูปแบบจำนวนยาที่ได้รับมีความสอดคล้องกับลำดับความรุนแรงของโรค

ข้อเสีย คือ

หากลงข้อมูลการวินิจฉัยโรคผิดพลาดหรือไม่ครบถ้วน จะส่งผลกระทบต่อการจัดกลุ่มทำให้การประเมินค่าใช้จ่ายคลาดเคลื่อนได้

แนวคิดที่ 2 ระบบการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อดี คือ

1. การจัดกลุ่มใช้ตัวแปรมากขึ้น คือ การวินิจฉัยโรคร่วมกับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. การจัดกลุ่มให้รูปแบบของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน โดยมีแนวโน้มของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น

3. ภายในกลุ่มย่อยให้ตัวแปรด้านเพศและอายุสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมด

ข้อเสีย คือ

1. การใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยข้อมูลของผลทางห้องปฏิบัติการ อาจให้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือจากการที่ผู้ป่วยขาดการติดต่อหรือจากการที่ไม่ได้ลงข้อมูลผลการตรวจในระบบฐานข้อมูล

2. หากเลือกใช้ตัวแปรร่วมในการจัดกลุ่มไม่เหมาะสม จะไม่สามารถอธิบายลักษณะกลุ่มได้ชัดเจน

3. รูปแบบจำนวนยาภายในกลุ่มย่อยไม่สามารถอธิบายลักษณะภายในกลุ่มได้ เช่น จำนวนรายการยาที่ได้รับตั้งแต่ 1-12 รายการ ซึ่งพบในทุกกลุ่มย่อย

ข้อยุติ

โรคเบาหวาน เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการรักษาพยาบาล เมื่อทำการศึกษาค่าใช้จ่ายในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยการจัดกลุ่มผู้ป่วยด้วยแนวคิดในการจัดกลุ่มโรค 2 รูปแบบ ใช้หลักการของระบบกลุ่มโรคร่วมที่ว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาพยาบาลใกล้เคียงกัน พบว่า ทั้ง 2 แนวคิดมีรูปแบบของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในกลุ่มโรคที่มีความซับซ้อนหรือมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น อีกทั้งแนวคิดในการจัดกลุ่มโรคทั้ง 2 แบบ ยังให้รูปแบบของการจัดกลุ่มโรคเบาหวานที่เหมาะสม คือ มีความสามารถในการจัดกลุ่มได้คล้ายคลึงกันภายในกลุ่มและสร้างความแตกต่างระหว่างกลุ่มได้ แนวคิดที่ 1 ระบบการจัดกลุ่มโรคเรื้อรัง ให้ความชัดเจนทั้งในรูปแบบของค่าใช้จ่ายและรูปแบบของโรคที่เป็นและจำนวนยาที่ได้รับ แต่การจัดกลุ่มในแนวคิดที่ 2 ระบบการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ความชัดเจนเพียงในรูปแบบของค่าใช้จ่าย แต่ยังไม่สามารถอธิบายรูปแบบของโรคที่เป็นและจำนวนยาที่ได้รับได้อย่างชัดเจน จึงมีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการจัดกลุ่มโรคด้วยแนวคิดที่ 1 มาศึกษาและพัฒนาการจัดกลุ่มโรคเรื้อรังต่อไป เพื่อประโยชน์ในทางการเงินการคลังสาธารณสุข

ข้อจำกัด

ฐานข้อมูลบางส่วนมีความคลาดเคลื่อน เช่น การกำหนดรหัสพื้นฐานของข้อมูล ได้แก่ รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำซ้อนใน 1 รายการมี 2 รหัส และการบันทึกข้อมูลบางส่วนไม่สมบูรณ์ ได้แก่ ผลการตรวจทาง



ห้องปฏิบัติการ จำเป็นต้องค้นข้อมูลเพิ่มเติมจึงจะทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนารูปแบบการจัดกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยนำแนวคิดการจัดกลุ่มโรคทั้ง 2 รูปแบบ มาประยุกต์เป็นรูปแบบเดียวเพื่อเพิ่มข้อดีและลดข้อเสียของแต่ละแนวคิด อีกทั้งควรศึกษาการจัดกลุ่มโดยเพิ่มตัวแปรในการจัดกลุ่ม เช่น จากการใช้เพียงรหัสการวินิจฉัยโรคเพียงตัวแปรเดียว ควรเพิ่มตัวแปรการประเมินภาวะแทรกซ้อน การประเมินภาวะรุนแรงของโรค และรูปแบบการใช้ยา เป็นต้น

2. ควรศึกษาตัวแปรการประเมินภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน เพื่อให้ได้ตัวแปรการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสมที่สุด รวมถึงทดสอบตัวแปรอื่นๆ ที่มีผลต่อการจัดกลุ่มผู้ป่วยด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.ประพุทธ สีสภาพฤทธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ นพ.ปิยะเทพ ภัทรานุรักษ์กุล หัวหน้างานคอมพิวเตอร์โรงพยาบาลที่อำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูล รวมถึง ภาณุ.สมสมัย เวชสุทธานนท์ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Bureau of Noncommunicable Diseases, Ministry of Public Health. Annual report year 2016. Bangkok: The Institute; 2016. (in Thai)
4. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health.

- National Health Accounts of Thailand 2009-2010. Bangkok: The Institute; 2013. (in Thai)
5. Champoonot P, Chowwanapoonpohn H. Leftover drugs and drug use behavior of people in Chiang Mai province. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2011;6(2):105-11. (in Thai)
6. Jindapol N, Kunupatham P, Theerasilp P, Kitikannakorn N. Crisis of health insurance under Thai civil servant medical benefit scheme (CSMBS). Srinagarind Medical Journal 2014;29(2):199-206. (in Thai)
7. Upakdee N, Pannarunothai S. Casemix classification system for outpatient care. Journal of Health Science 2004;13(4):608-18. (in Thai)
8. Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes 2014. Bangkok: Diabetes Association of Thailand; 2014. (in Thai)
9. Khiaocharoen O, Pannarunothai S, Riewpaiboon W, Zungsonpitorn C, Teerawattananon Y. Classification and alternative payment for sub-acute and non-acute inpatient care in Thailand. Phitsanulok: Naresuan University; 2009. (in Thai)
10. Zeng Yanbing, He Jingwei Alex, Lin Peng, Sun Zhonghai, Fang Ya. Developing casemix standards with the diagnosis-related group for payment reforms and hospital management in China: a case study in Xiamen city. International Journal of Health Care 2016;2(1):102-10.
11. Rungsin, R. An assessment on quality of care among patients diagnosed with type 2 diabetes and hypertension visiting hospitals of Ministry of Public Health and Bangkok Metropolitan Administration in Thailand. Bangkok: National Health Security Office; 2012. (in Thai)
12. Vanichniramol N. Health intervention and technology assessment program. [cited 2016 Feb 9]. Available from: <http://db.hitap.net/articles/1553>. (in Thai)
13. National Health Security Office. NHSO Annual Report Fiscal Year 2013. Bangkok: The National Health Security Office; 2013. (in Thai)
14. National Health Security Office. NHSO Annual Report Fiscal Year 2014. Bangkok: The National Health Security Office; 2014. (in Thai)
15. National Health Security Office. NHSO Annual Report Fiscal Year 2015. Bangkok: The National Health Security Office; 2015. (in Thai)
16. National Health Security Office. NHSO Annual Report Fiscal Year 2016. Bangkok: The National Health Security Office; 2016. (in Thai)

การจัดลำดับความสำคัญภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ ของคนต่างตัวในประเทศไทย

ศุภวรรณ เพิ่มผลสุข*

ธนพร บุษาวโล*

ณัย ชินคำ*

มนิโชติรัตน์ สันธิ*

ระพีพงศ์ สุพรรณโษยมาตย์† ‡

พิทรรณ ลิพัทรวงศ์*

ผู้รับผิดชอบบทความ: ศุภวรรณ เพิ่มผลสุข

บทคัดย่อ

ในปี 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศขายบัตรประกันสุขภาพให้คนต่างตัวที่ไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพใดๆ โดยคนต่างตัวที่ผ่านการตรวจสุขภาพจะได้รับอนุญาตให้ทำงานและซื้อบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ รายการตรวจสุขภาพและสิทธิประโยชน์ต่างๆ ภายใต้บัตรประกันสุขภาพฯ ดังกล่าวนั้น มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนักในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดลำดับความสำคัญของภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อสำคัญของคนต่างตัวเพื่อนำไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุงรายการการตรวจสุขภาพและสิทธิประโยชน์ของคนต่างตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยคณะผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนต่างตัวจากเอกสารต่างๆ ได้แก่ ภาระโรค รายงานการตรวจคัดกรองสุขภาพจากศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ และการศึกษาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังได้วิเคราะห์ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายภายใต้บัตรประกันสุขภาพฯ เพื่อค้นหาภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่คนต่างตัวมารับบริการและมีการเบิกจ่ายมาก จากนั้นคณะผู้วิจัยได้นำเสนอผลจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและการวิเคราะห์ฐานข้อมูลดังกล่าวในการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อจัดลำดับความสำคัญของภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ โดยใช้วิธีเดลฟายมาประยุกต์ ผลการจัดลำดับความสำคัญของภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ 10 รายการ เรียงจากความสำคัญมากไปน้อย คือ ภาวะการตั้งครรภ์ เบาหวาน ความผิดปกติทารกแรกเกิด ความดันโลหิตสูง การติดสารเสพติดให้โทษและพิษสุราเรื้อรัง การบาดเจ็บจากการทำงาน การบาดเจ็บที่ศีรษะ ความผิดปกติทางจิต มะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูกตามลำดับ

คำสำคัญ: การจัดลำดับความสำคัญ โรคไม่ติดต่อ คนต่างตัว ภาวะทางสุขภาพ

* โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

† สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

‡ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



Priority Setting of Health Conditions and Non-communicable Diseases among Migrants in Thailand

Supawat Permpolsuk*, Thanaporn Bussabawalai*, Danai Chinnacom*, Maneechotirat Santi*, Rapeepong Suphanchaimat^{†,§}, Pattara Leelahavarong*

* Health Intervention and Technology Assessment Program, [†] International Health Policy Program

[§] Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

Corresponding author: Supawat Permpolsuk, Supawat.p@hitap.net

Abstract

In 2004, the Ministry of Public Health (MoPH) introduced the nationwide Health Insurance Card Scheme (HICS) for migrants who were not covered by the Social Security Scheme (SSS). Before being insured and granted work permits, these migrants must pass the health screening procedures first. However, the health screening and benefits package of the HICS have not been changed much throughout the last 10 years. The present study was conducted with an aim to revise the health screening guideline and benefit package in accordance with current disease situation by prioritization study on health conditions among migrants in Thailand. The health conditions and non-communicable diseases were reviewed. The document sources were received from the burden of disease study, and the health screening report of the One Stop Service. Another related source was the reimbursement database of HICS for migrants on the frequency, mean, and total reimbursement of high-cost care. By using modified Delphi consensus process, the research team presented the result of documentary reviews and database analysis to stakeholder meeting before prioritization process. The top 10 health conditions and non-communicable diseases in the final round consisted of pregnancy, diabetes, neonatal abnormalities, high blood pressure, substance abuse and alcoholism, work injury, head injury, mental disorders, breast cancer and cervical cancer respectively.

Keywords: prioritization, health condition, non-communicable diseases, migrants

ช **ภูมิหลังและเหตุผล**
ข้อมูลจากกรมแรงงาน กระทรวงแรงงาน ระบุว่าประเทศไทยมีประชากรที่เป็นแรงงานต่างด้าวเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี โดยในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 มีแรงงานต่างด้าวที่ถูกกฎหมาย ประมาณ 1.4 ล้านคน⁽¹⁾ แรงงานต่างด้าวส่วนมากจำต้องทำงานประเภทที่เรียกว่า 3D คือ งานสกปรก (dirty job) งานหนัก (difficult job) และงานอันตราย (dangerous job) ซึ่งล้าแล้วแต่เป็นงานที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ⁽²⁾ ขณะที่แรงงานต่างด้าวบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองผิดกฎหมายหรือเป็นแรงงานนอกระบบ (informal sector) ที่ไม่ได้อยู่ในภาคประกันสังคม (เช่น กลุ่มที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม ประมง ป่าไม้ และแม่บ้าน) ยังไม่

สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ยังคงขาดสวัสดิการด้านสุขภาพต่างๆ รวมถึงขาดความรู้พื้นฐานด้านสาธารณสุข แรงงานต่างด้าวจึงเป็นชนกลุ่มเปราะบางและมีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าคนกลุ่มอื่นๆ โดยภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มคนต่างด้าวที่พบ เช่น ในแรงงานกลุ่มอายุ 15-24 ปี พบปัญหาเรื่องผลกระทบจากการใช้สารเคมีในภาคเกษตรกรรม การเสพสุราและยาเสพติด⁽³⁾ ในหญิงวัยเจริญพันธุ์พบปัญหาการเสียชีวิตขณะตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วันหลังการให้กำเนิดบุตร⁽⁴⁾ และปัญหาทุพโภชนาการในเด็กชายและหญิงตั้งแต่วัย 1 ขวบ⁽⁵⁾ ดังนั้น นโยบายหรือมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ

แรงงานต่างด้าวที่เข้าประเทศอย่างถูกกฎหมายจะมีใบอนุญาตทำงานและมีสิทธิในสวัสดิการรักษายาของระบบประกันสังคมเช่นเดียวกับแรงงานไทยในภาคประกันสังคม⁽⁶⁾ แรงงานต่างด้าวนอกระบบที่ไม่มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาพยาบาลใดๆ สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขได้ เริ่มต้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา⁽⁷⁾ ซึ่งในปัจจุบันบัตรประกันสุขภาพฯ ดังกล่าวได้ขยายสวัสดิการครอบคลุมไปถึงผู้ติดตามของแรงงานต่างด้าว โดยแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่ต้องการซื้อบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องตรวจสุขภาพ ซึ่งภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่ต้องได้รับการตรวจ ได้แก่ การคัดกรองการตั้งครรภ์ การติตสารเสพติดให้โทษ พิษสุราเรื้อรัง โรคจิต จิตฟั่นเฟือนหรือปัญญาอ่อน⁽⁸⁾

แนวทางการตรวจสุขภาพและสิทธิประโยชน์ภายใต้บัตรประกันสุขภาพฯ ได้รับการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ ตามมติของคณะรัฐมนตรี โดยส่วนใหญ่เป็นการปรับเปลี่ยนราคาการตรวจสุขภาพและราคาบัตรประกันสุขภาพฯ เท่านั้น⁽⁶⁾ ส่วนรายการตรวจสุขภาพและสิทธิประโยชน์ต่างๆ ภายใต้บัตรประกันสุขภาพฯ แทบไม่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลากว่า 10 ปี^(9,10) ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดลำดับความสำคัญของภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าว เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพิจารณาปรับปรุงรายการการตรวจสุขภาพและสิทธิประโยชน์ของคนต่างด้าวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งนี้ คนต่างด้าวในการศึกษานี้ หมายถึง แรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ได้แก่ พม่า ลาว และกัมพูชา รวมไปถึงผู้ติดตาม เนื่องจากเป็นคนต่างด้าวส่วนใหญ่ในประเทศไทยและอยู่ภายใต้โครงการบัตรประกันสุขภาพฯ

ระเบียบวิธีศึกษา

การจัดลำดับความสำคัญของภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าวในประเทศไทย มีกระบวนการ 2 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การทบทวนสถานการณ์ภาวะสุขภาพ

และโรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าว และ (2) การประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อจัดลำดับความสำคัญของภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าวในประเทศไทยโดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนสถานการณ์ภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าว

คณะผู้วิจัยทบทวนเอกสารทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงวิเคราะห์ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าว 3 สัญชาติ ได้แก่ พม่า ลาว และกัมพูชา ซึ่งเป็นคนต่างด้าวส่วนใหญ่ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยและส่วนใหญ่อยู่ภายใต้โครงการบัตรประกันสุขภาพฯ โดยรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าว

1.1 ภาระโรค (burden of disease: BOD) ทบทวนข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก โดยพิจารณาการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years: DALYs) ของคนต่างด้าว 3 สัญชาติ ได้แก่ พม่า ลาว และกัมพูชา

1.2 รายงานการตรวจคัดกรองสุขภาพจากศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ (One Stop Service: OSS) เป็นการรายงานผลการตรวจสุขภาพคนต่างด้าวเพื่อประกอบการยื่นขอใบอนุญาตทำงานและขายบัตรประกันสุขภาพฯ ในปี พ.ศ. 2557 และ 2559 ซึ่งจัดดำเนินการเป็นรอบทุก 2 ปี

1.3 การศึกษาของระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ (ไม่ได้ตีพิมพ์) ที่มีการวิเคราะห์จำนวนการใช้บริการสุขภาพและค่าบริการเฉลี่ยของแต่ละโรค (ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก) ของคนต่างด้าว จากโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2558

2. การวิเคราะห์ฐานข้อมูล

คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2556 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2560

ซึ่งเป็นฐานข้อมูลการเบิกค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการสุขภาพแก่คนต่างด้าว โดยใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนาเพื่อหาจำนวนครั้งของการรับบริการ ค่าใช้จ่ายที่มีการเบิกจากหน่วยบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของคนต่างด้าวสัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชา ทั้งนี้ ในการระบุภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของฐานข้อมูลดังกล่าวมาใช้รหัสการวินิจฉัยหลัก (principal diagnosis: PDx) ของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases) ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (ICD-10)⁽¹¹⁾

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและการวิเคราะห์ฐานข้อมูลภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของคนต่างด้าว คณะผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือก 20 โรค เพื่อใช้ในขั้นตอนต่อไปของกระบวนการ

ขั้นตอนที่ 2 การประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อจัดลำดับความสำคัญของภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าวในประเทศไทย

การจัดลำดับความสำคัญของภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าวนั้น จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลหรือข้อคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม การสร้างความเข้าใจ และเรียนรู้ความคิดเห็นของแต่ละภาค

ส่วน⁽¹²⁾ คณะผู้วิจัยจึงจัดให้มีการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้กำหนดนโยบายหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง (จำนวน 10 คน) ผู้ให้บริการ (จำนวน 6 คน) นักวิชาการ (จำนวน 2 คน) และองค์กรไม่แสวงหากำไร (จำนวน 3 คน) รวมทั้งสิ้น 21 คน

คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุมและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ซักถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และนำเสนอข้อมูลการทบทวนสถานการณ์ภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าว รวมถึงรายการภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่คัดเลือกจากขั้นตอนที่ 1 จำนวน 20 โรค โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพของคนต่างด้าว คือ (1) อุบัติการณ์และภาระโรค (2) ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของการให้บริการ และ (3) ความแตกต่างในการปฏิบัติระหว่างคนไทยและคนต่างด้าว⁽¹³⁾ ทั้งนี้ การจัดลำดับความสำคัญใช้วิธีการประยุกต์จากเดลฟายเทคนิค (modified Delphi technique)⁽¹²⁾ โดยมีการคัดเลือกและจัดลำดับทั้งหมด 3 รอบ ในการประชุมครั้งเดียว (ภาพที่ 1)

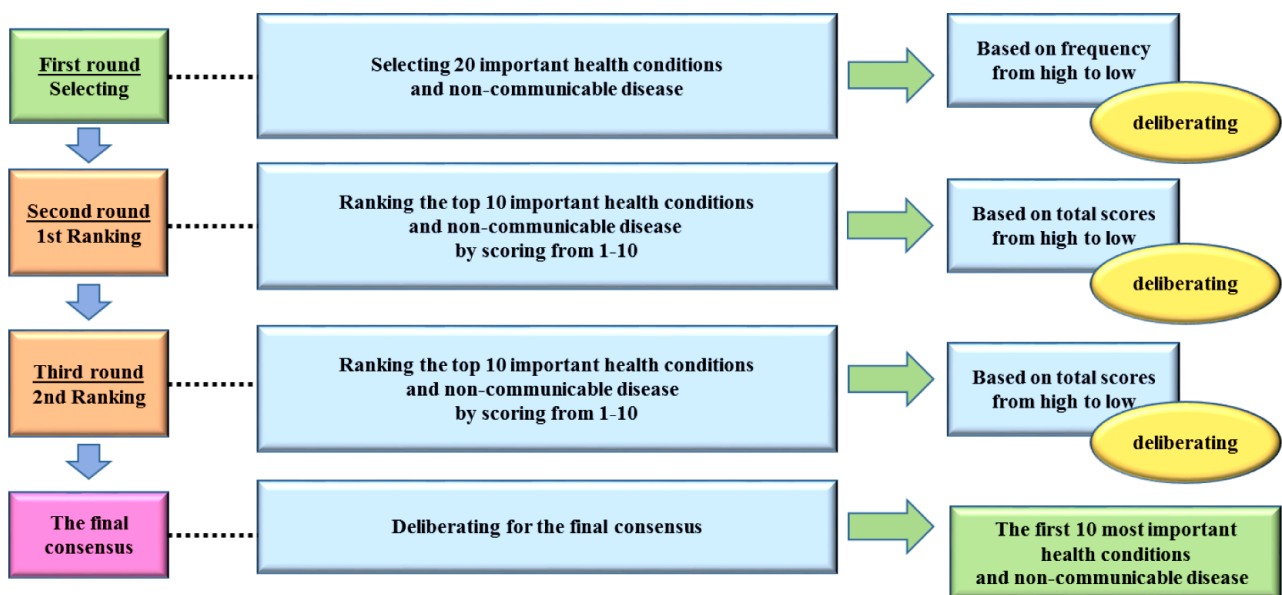


Figure 1 Prioritization process of migrants' health condition and non-communicable disease

รอบที่ 1 การเลือก ผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละคนเลือกรายการภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่มีความสำคัญจำนวน 10 โรค โดยใช้แบบลงคะแนนที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากนั้นคณะผู้วิจัยรวมคะแนนความถี่ของภาวะสุขภาพและโรคที่ได้รับการคัดเลือกทั้งหมด โดยเรียงลำดับคะแนนจากมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมฯ ได้อภิปรายผลจากการเลือกภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ ในรอบนี้มีภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อจำนวน 10 โรค ที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อใช้ในการจัดลำดับความสำคัญในรอบต่อไป

รอบที่ 2 การจัดลำดับ (ครั้งที่ 1) ผู้เข้าร่วมฯ เรียงลำดับภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่ได้จากการเลือกในรอบที่ 1 โดยเขียนตัวเลข 1 ถึง 10 ซึ่ง 1 หมายถึง โรคที่มีความสำคัญมากที่สุดมีคะแนนเท่ากับ 10 และ 10 หมายถึง โรคที่มีความสำคัญน้อยที่สุดซึ่งมีคะแนนเท่ากับ 1 จากนั้นคณะผู้วิจัยได้นับคะแนนและนำเสนอภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่ได้รับการจัดลำดับ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมฯ อภิปรายผลการจัดลำดับภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ จากนั้นจึงจัดลำดับความสำคัญอีกครั้ง

รอบที่ 3 การจัดลำดับ (ครั้งที่ 2) ผู้เข้าร่วมฯ เรียงลำดับภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อจากรอบที่ 2 อีกครั้ง โดยการเขียนตัวเลข 1 ถึง 10 จากนั้นคณะผู้วิจัยนับคะแนนและนำเสนอภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่ได้รับการจัดอันดับ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมฯ อภิปรายผลการจัดลำดับ

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ethical committee approval)

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติเพื่อดำเนินโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ สคม.995/2560 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

ผลการศึกษา

การทบทวนสถานการณ์ภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าว

1. ภาระโรค (burden of disease: BOD)

รายงานภาระโรคปี พ.ศ. 2559 โดยองค์การอนามัยโลก ระบุว่า โรคไม่ติดต่อที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) มากเป็นอันดับต้นๆ ในประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคตับแข็ง (cirrhosis of the liver) ภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอด (preterm birth complications) โรคเบาหวาน (diabetes) โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease) และการบาดเจ็บบนถนน (road injury)⁽¹⁴⁾

2. รายงานการตรวจคัดกรองสุขภาพจากศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ (One Stop Service: OSS)

จากรายงานการดำเนินงานของศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (OSS) ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งมีแรงงานต่างด้าวเข้ามาจดทะเบียนและตรวจสุขภาพทั้งหมด 2,164,674 ราย พบภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ เช่น การตั้งครรภ์ (pregnancy) จำนวน 127,702 ราย การติดยาเสพติดให้โทษ (drug addiction) จำนวน 1,940 ราย โรคจิตหรือปัญญาอ่อน (mental disorders) จำนวน 68 ราย และโรคพิษสุราเรื้อรัง (chronic alcoholism) จำนวน 36 ราย และในปี พ.ศ. 2559 พบการตั้งครรภ์จำนวน 19,907 ราย การติดยาเสพติดให้โทษจำนวน 643 ราย โรคจิตหรือปัญญาอ่อนจำนวน 3 ราย และโรคพิษสุราเรื้อรังจำนวน 5 ราย⁽¹⁵⁾

3. การเข้ารับบริการสุขภาพของคนต่างด้าว

จากการศึกษาของระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ ที่ได้วิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาล 2 แห่ง พบว่า โรคไม่ติดต่อที่มีจำนวนครั้งการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกมากที่สุด

ได้แก่ บริการให้คำปรึกษาและคำแนะนำทางการแพทย์ (counseling and medical advice) การตรวจเฉพาะพิเศษ (special examinations) การตรวจสุขภาพเพื่อขอใบรับรองแพทย์ (examination for administrative purposes) ความดันโลหิตสูง (primary hypertension) การติดตามดูแลทางศัลยกรรม (surgical follow-up care) ตามลำดับ ในขณะที่โรคที่มีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกสูงที่สุดได้แก่ การตรวจหาความผิดปกติของปอด (abnormal findings on diagnostic imaging of lung) โรคถุงน้ำในไต (cystic kidney disease) เนื้องอกบริเวณที่เกี่ยวข้องกับระบบย่อยอาหาร (benign neoplasm of other and ill-defined parts of digestive system) แผลไฟไหม้บริเวณข้อเท้าและเท้า (burn and corrosion of the ankle and foot) การดูแลรักษาที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือด (care involving dialysis) ตามลำดับ

นอกจากนี้ภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่คนต่างด้าวได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โดยพิจารณาที่จำนวนครั้ง การรับการรักษา เรียงลำดับจากมากไปน้อยประกอบไปด้วยการคลอดครรภ์เดี่ยว (single spontaneous delivery) ภาวะแทรกซ้อนอื่นของการเจ็บครรภ์และการคลอด (other complications of labour and delivery) การดูแลมารดาที่มีการผิดสัดส่วน (maternal care for disproportion) การฉีกขาดของฝีเย็บระหว่างคลอด (perineal laceration during delivery) การดูแลมารดาที่มีความผิดปกติของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (maternal care for abnormality of pelvic organs) ตามลำดับ ในขณะที่ 5 อันดับแรกของโรคที่มีค่าเฉลี่ยต่อครั้งของการรักษามากไปน้อย ประกอบด้วย เนื้องอกร้ายของเต้านม (malignant neoplasm of the breast) เนื้องอกร้ายของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีภายนอก (malignant neoplasm of the vulva) โรคตับ (liver diseases) แผลกดทับ (decubitus ulcer) และแผลเปิดที่สะโพกและต้นขา (open wound of hip and thigh) ตามลำดับ

4. การวิเคราะห์ฐานข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่มีการเบิกจ่ายสูงสุดของผู้ป่วยนอกในกลุ่มคนต่างด้าวคือ เนื้องอกร้ายของเต้านม มีมูลค่าการเบิกค่ารักษาทั้งหมดเท่ากับ 1.8 ล้านบาท โดยค่าเฉลี่ยต่อครั้งของการมารักษาเท่ากับ 2,541 บาท ต่อการเบิกจ่ายจำนวน 735 ครั้ง ตามด้วยเนื้องอกร้ายของปากมดลูก เนื้องอกร้ายของคอหอยส่วนจมูก (malignant neoplasm of the nasopharynx) เนื้องอกร้ายของตัวมดลูก และเนื้องอกร้ายของลำไส้ตรง ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ในขณะที่การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของการให้บริการผู้ป่วยในที่มีการเบิกจ่ายสูงสุดคือ ความผิดปกติเกี่ยวกับอายุครรภ์น้อยและน้ำหนักแรกเกิดน้อย (disorders related to short gestation and low birth weight) มูลค่าการเบิกค่ารักษาทั้งหมดเท่ากับ 48 ล้านบาท การบาดเจ็บในกะโหลกศีรษะ (intracranial injury) การคลอดบุตร ภาวะขาดอากาศหายใจแรกเกิด (birth asphyxia) และรูปร่างผิดปกติแต่กำเนิดของผนังกั้นห้องหัวใจ (congenital malformations of cardiac septa) ตามลำดับ (ตารางที่ 2) นอกจากนี้ ยังพบว่าข้อมูลโรคและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2556 ถึง 2558 มีความใกล้เคียงกับข้อมูลในปี พ.ศ. 2559

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและการวิเคราะห์ฐานข้อมูลภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของคนต่างด้าว คณะผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือก 20 โรค (ตารางที่ 3) และนำเสนอต่อผู้เข้าร่วมฯ เพื่อพิจารณาเลือกภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ

การประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อจัดลำดับความสำคัญภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของคนต่างด้าวในประเทศไทย

การคัดเลือกภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อในรอบที่ 1

Table 1 Migrant health condition and non-communicable disease treated as outpatient and reimbursed in 2016

No.	Health conditions and non-communicable disease	ICD-10	Total (THB)	Mean \pm SD (THB)	No. of reimbursement
1	Malignant neoplasm of the breast	C50	1,867,286	2,541 \pm 3,456	735
2	Malignant neoplasm of cervix uteri	C53	1,097,150	2,482 \pm 2,229	442
3	Malignant neoplasm of the nasopharynx	C11	276,212	4,455 \pm 6,900	62
4	Malignant neoplasm of the corpus uteri	C54	272,629	3,207 \pm 4,015	85
5	Malignant neoplasm of the rectum	C20	242,475	1,684 \pm 1,531	144
6	Other medical care	Z51	156,352	3,191 \pm 2,091	49
7	Diffuse non-Hodgkin's lymphoma	C83	148,892	3,384 \pm 894	44
8	Malignant neoplasm of the stomach	C16	137,821	2,600 \pm 1,415	53
9	Malignant neoplasm of the brain	C71	128,464	4,144 \pm 3,249	31
10	Malignant neoplasm of other connective and soft tissue	C49	125,840	2,330 \pm 1,585	54
11	Malignant neoplasm of the anus and anal canal	C21	120,672	5,028 \pm 13,886	24
12	Malignant neoplasm of the palate	C05	100,800	4,032 \pm 160	25

Table 2 Migrant health condition and non-communicable disease treated as inpatient and reimbursed in 2016

No.	Health condition and non-communicable disease	ICD-10	Total (THB)	Mean \pm SD (THB)	No. of reimbursement
1	Disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified	P07	48,077,540	53,007 \pm 66,650	907
2	Intracranial injury	S06	11,454,129	58,439 \pm 72,601	196
3	Liveborn infants according to place of birth	Z38	10,773,916	2,673 \pm 2,302	4,030
4	Birth asphyxia	P21	5,517,976	42,122 \pm 62,417	131
5	Congenital malformations of cardiac septa	Q21	5,429,947	64,642 \pm 57,878	84
6	Neonatal aspiration syndromes	P24	5,164,092	36,625 \pm 55,798	141
7	Neonatal jaundice from other and unspecified causes	P59	4,765,590	3,363 \pm 4,058	1,417
8	Respiratory distress of newborn	P22	4,486,604	14,198 \pm 26,827	316
9	Congenital pneumonia	P23	4,398,464	29,129 \pm 51,086	151
10	Intracerebral haemorrhage	I61	4,321,920	93,955 \pm 76,089	46
11	Injury of intra-abdominal organs	S36	3,726,701	73,073 \pm 44,620	51
12	Lymphoid leukaemia	C91	3,310,603	44,738 \pm 37,014	74
13	Fracture of lower leg, including ankle	S82	3,205,714	12,823 \pm 34,453	250
14	Congenital malformations of great arteries	Q25	3,183,236	81,621 \pm 69,505	39
15	Acute myocardial infarction	I21	3,168,255	83,375 \pm 35,721	38
16	Fracture of lumbar spine and pelvis	S32	2,968,588	29,986 \pm 41,668	99
17	Fracture of femur	S72	2,520,766	13,850 \pm 26,222	182

ผู้เข้าร่วมกระบวนการฯ ได้เสนอให้ปรับรายการภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อใน 3 ประเด็น คือ (1) เปลี่ยนจาก “โรคจิต (psychosis)” เป็น “ความผิดปกติทางจิต (mental disorders)” ซึ่งหมายรวมถึงโรคจิต จิตฟั่นเฟือน หรือ ปัญญาอ่อน เพื่อให้มีความครอบคลุมมากขึ้น (2) เปลี่ยนจาก “การบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นๆ (organ injuries)” เป็น “การบาดเจ็บจากการทำงาน (work injuries)” เนื่องจาก

การบาดเจ็บส่วนใหญ่ที่อวัยวะต่างๆ มีสาเหตุมาจากการทำงาน และ (3) รวมการติดสารเสพติดให้โทษ (drug addiction) และพิษสุราเรื้อรัง (chronic alcoholism) เข้าด้วยกัน เนื่องจากทั้งสองเรื่องนี้มี ความใกล้เคียงกันในการรักษา จากนั้นจึงจัดลำดับความสำคัญในรอบที่ 2 และ 3 ซึ่งลำดับความสำคัญของภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อในคนต่างด้าว 10 โรค ที่ได้จาก 2 รอบมีความใกล้เคียงกัน

Table 3 Migrant health conditions and non-communicable disease for prioritization

Health condition and non-communicable disease	
1. Drug addiction	11. Malignant neoplasm of the brain
2. Chronic alcoholism	12. Malignant neoplasm of the anus and anal canal
3. Psychosis	13. Head injuries
4. Pregnancy	14. Gastroenteritis
5. Newborn disorders	15. Fracture of arm and leg
6. Malignant neoplasm of the breast	16. Organ injuries
7. Cervical/uterine cancer	17. Hypertension
8. Malignant neoplasm of the rectum	18. Care involving dialysis
9. Malignant neoplasm of the nasopharynx	19. Diabetes
10. Malignant neoplasm of the stomach	20. Liver disease

Table 4 Results of priority setting for migrant health condition and non-communicable disease in each round

Health condition and non-communicable disease	Priority setting results		
	Selection (score)	1st ranking (weighted score)	2nd ranking (weighted score)
1. Pregnancy	1 (17)	1 (151)	1 (161)
2. Diabetes	1 (17)	3 (114)	2 (122)
3. Newborn disorders	3 (15)	2 (129)	3 (121)
4. Hypertension	2 (16)	4 (106)	4 (107)
5. Drug addiction/chronic alcoholism	4 (14) / 5 (13)	5 (102)	5 (98)
6. Work injuries	9 (10) / 10 (9)	6 (96)	6 (91)
7. Head injury	8 (10)	7 (92)	7 (81)
8. Mental disorders	7 (11)	8 (76)	8 (68)
9. Breast cancer	6 (12)	9 (66)	9 (60)
10. Cervical/uterine cancer	8 (10)	10 (58)	10 (53)

มาก ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์และข้อยุติ

จากการจัดลำดับความสำคัญของภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อในคนต่างด้าว พบว่า ภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ 10 อันดับแรก คือ การตั้งครรภ์ โรคเบาหวาน ความผิดปกติในทารกแรกเกิด ความดันโลหิตสูง การติดเชื้อเสฟติคให้โทษและโรคพิษสุราเรื้อรัง การบาดเจ็บจากการทำงาน การบาดเจ็บที่ศีรษะ ความผิดปกติทางจิต มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก

ผลการจัดลำดับความสำคัญสอดคล้องกับหลายการศึกษาในไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับบริการสุขภาพของคนต่างด้าว ทั้งมีและไม่มีบัตรประกันสุขภาพฯ ในโรงพยาบาลรัฐที่อยู่ในชายแดนไทย 3 จังหวัด และโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดระยอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์และการคลอด การบาดเจ็บ และภาวะซึมเศร้า⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ ภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเหล่านี้อยู่ใน 10 ลำดับความสำคัญในการศึกษานี้เช่นกัน ทั้งนี้ ในการตรวจสุขภาพคนต่างด้าวเพื่อประกอบการยื่นขอใบอนุญาตทำงานและซื้อบัตรประกันสุขภาพฯ มีการตรวจภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อได้แก่ ภาวะการตั้งครรภ์ การติดเชื้อเสฟติคให้โทษ โรคพิษสุราเรื้อรัง และความผิดปกติทางจิต⁽⁸⁾ แต่ความผิดปกติทางจิต ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพฯ

นอกจากนี้ ผลการจัดลำดับความสำคัญนี้ยังสอดคล้องกับปัญหาโรคไม่ติดต่อในคนต่างด้าวของประเทศอื่นๆ ด้วย เช่น ในแคนาดา ที่มีการจัดลำดับความสำคัญของโรคเพื่อจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้พลพและผู้ลี้ภัย (evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees)⁽¹³⁾ และออสเตรเลียที่มีการจัดลำดับความสำคัญของโรคเพื่อเป็นข้อเสนอสำหรับการตรวจสุขภาพในกลุ่มผู้ลี้ภัยที่เข้ามาภายในประเทศแล้ว (recommendations for comprehensive post-arrival health assessment for people from refugee-like backgrounds)⁽¹⁹⁾ ซึ่งพบว่า ภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญเช่นเดียว

กับประเทศไทยคือความผิดปกติทางจิต เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก ตั้งครรภ์ ส่วนภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ที่มีความสำคัญเป็นลำดับต้นในประเทศดังกล่าว แต่ไม่อยู่ในรายการภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในการศึกษานี้ คือ การขาดสารอาหาร ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การคุมกำเนิด ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับฟัน การมองเห็น และการได้ยิน

การศึกษานี้ จัดลำดับความสำคัญโดยใช้เทคนิคเดลฟายประยุกต์ (modified Delphi technique) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้เสียจากหลายภาคส่วนได้ร่วมกันพิจารณาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสามารถช่วยลดระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาได้ เนื่องจากวิธีเดลฟาย (Delphi technique)⁽²⁰⁾ โดยปกตินั้น คณะผู้วิจัยต้องส่งแบบสอบถามไปยังผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและรอการตอบกลับ การลงคะแนนซึ่งใช้เวลาค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตาม โดยวิธีประยุกต์นี้ ผู้เข้าร่วมประชุมอาจถูกโน้มน้าวการตัดสินใจโดยผู้อื่นได้

จากการสังเกต แม้ผู้เข้าร่วมจัดลำดับความสำคัญส่วนมากจะเห็นด้วยกับวิธีในครั้งนี้ แต่ก็มีข้อเสนอแนะว่า ควรส่งข้อมูลที่ใช้ในการประกอบการตัดสินใจให้ผู้เข้าร่วมฯ ได้พิจารณาก่อนการประชุม และเสนอแนะให้คณะผู้วิจัยจัดทำแบบสำรวจความคิดเห็นต่อการจัดลำดับความสำคัญเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน หน่วยงานบริการด้านสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ควรปรับปรุงการดูแลสุขภาพของคนต่างด้าวในประเทศไทย โดยอาจใช้ภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่ได้จากการจัดลำดับความสำคัญนี้ไปพิจารณาทั้งในเรื่องของการตรวจคัดกรอง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพของคนต่างด้าวได้อย่างสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลติดตามสถานการณ์

โรคในคนต่างด้าว เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล การกำกับติดตาม และการดำเนินงานต่างๆ ที่เกี่ยวกับคนต่างด้าวในประเทศไทยในอนาคตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

นอกจากองค์การอนามัยโลกที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้แล้ว โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ยังได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ภายใต้ทุนเมธีวิจัยอาวุโส สกว. (RTA5980011) หน่วยงานทั้งสองมิได้มีส่วนในการกำหนดทิศทางการศึกษาวิจัยและไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับเนื้อหาในบทความนี้

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมจัดลำดับความสำคัญอันได้แก่ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการ และองค์กรไม่แสวงหากำไร ที่ให้ความร่วมมือในครั้งนี้ สุดท้ายขอขอบคุณกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมจัดลำดับความสำคัญในครั้งนี้

References

1. Foreign Workers Administration Office, Department of Employment, Ministry of Labour. The situation of migrant workers in December 2015. [cited 2017 September 3]. Available from: https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/d77d8cf38f414d07f5ef9b9c8bac764d.pdf. (in Thai)
2. Sriathamrongsawat S, Wisessang R, Ratjaroenkhajorn S. Financing healthcare for migrants: a case study from Thailand. Bangkok: International Organization for Migration; 2009.
3. Buadang K. Health of migrant workers and access to public health services. *Journal of Social Sciences* 2008;20(1):146-72. (in Thai)
4. Archavanitkul K, Tangchonlatip K, Vajanasara K, Sunpuwan M, Rodphai B, Suksinchai S, et al. The Policy development on reproductive health and AIDS in Thailand. 2007. (in Thai)
5. Prateepchaikul L, Intanont T, Wongcharearnyong S, Saelim A. Health Status of Foreign Migrant Workers Children in Ranong Province. 1999. (in Thai)
6. Tangcharoensathien V, Thwin AA, Patcharanarumol W. Implementing health insurance for migrants, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization* 2017;95:146-51.
7. Suphanchaimat R, Putthasri W, Prakongsai P, Tangcharoensathien V. Evolution and complexity of government policies to protect the health of undocumented/illegal migrants in Thailand – the unsolved challenges. *Risk Management and Healthcare Policy* 2017;10:49-62. (in Thai)
8. Ministry of Public Health. Notification of Ministry of Public Health on guidelines for conducting health check-up and health insurance for migrants, 2015. 31 March 2015. (in Thai)
9. Khotmanee S. Health insurance for migrant workers 2016. [cited 2017 25 August]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2016/09/9879>. (in Thai)
10. Ministry of Public Health. Measurement and guidelines for conducting health check-up and health insurance for migrants. 2005 [cited 2017 July 26]. Available from: <http://drug.pharmacy.psu.ac.th/wbfile/77254812094.htm>. (in Thai)
11. World Health Organization. Classification of diseases (ICD) 2018. [cited 2018 30/06/2018]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>.
12. Youngkong S, Srisuwan P, Koopitakkajorn T, Kingkaew P, Ingsrisawang L, Kedcham D, et al. Disease prioritization for inclusion into Thailand's population-based screening benefit package. *Journal of Health Systems Research* 2013;7(3):331-45. (in Thai)
13. Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ* 2011;183(12):E824-E925.
14. World Health Organization Regional Office for Europe. Global health estimates 2015: DALYs by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Geneva: World Health Organization; 2016.
15. Health Insurance Group, Ministry of Public Health. Provincial report as of 1 April 2016 - 2 August 2016. 2016 [cited 2018 19 February]. Available from: <http://fwf.cfo.in.th/report2>. (in Thai)
16. Donladlee R, Upakdee N. An analysis of medical care charge for the outpatient of migrant workers at Khao

- Chakan district, Sa Kaeo province in the fiscal year of 2014 - 2015. *Journal of Health Systems Research* 2017;11(1):47-53. (in Thai)
17. Sungpapan S. Non-thai laborers attending Klaeng Hospital, Rayong Province. *Journal of Health Systems Research* 2008;2(2, S5):1061-6. (in Thai)
 18. Charoenmukayanan S, Sakunphanit T, Thamwanna P, Sawangjang A, Sukreuangrong N. Situation of health services for Cambodians at Thai-Cambodian border: a case study of Sa Kaew, Chanthaburi and Trat. Nonthaburi: Health Insurance System Research Office and Health Systems Research Institute; 2013. (in Thai)
 19. Australasian Society for Infectious Diseases and Refugee Health Network of Australia. Recommendations for comprehensive post-arrival health assessment for people from refugee-like backgrounds. 2nd ed. New South Wales: Australasian Society for Infectious Diseases; 2016.
 20. Hsu C, Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation* 2007;12(10).

ความรู้ ทักษะ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย

ธีระ ศิริสมุด*
กิตติพงษ์ พลสน†
พรทิพย์ วชิรติลล*

ผู้รับผิดชอบบทความ: ธีระ ศิริสมุด

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีโอกาสรอดชีวิตและลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้ แต่ปัจจุบันมีการเรียกใช้บริการฯ ค่อนข้างน้อย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและเร่งด่วนหรือญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ในโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน รวม 45 แห่งใน 9 จังหวัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,028 คน พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน 646 คนมาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ 1,382 คนมาด้วยตนเองหรือวิธีอื่น เหตุผลหลักของการมาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นคือ เห็นว่ามาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า (ร้อยละ 76.0) ไม่อยากเสียเวลารอรถพยาบาลฉุกเฉินซึ่งอาจมาช้า (ร้อยละ 31.0) เป็นช่วงภาวะคับขัน ตกใจ จึงไม่ได้นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 28.9) ส่วนใหญ่มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับบริการฯ คือ (1) เข้าใจผิดว่ารถพยาบาลฉุกเฉินใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเท่านั้น (2) เข้าใจผิดว่าการใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินต้องเสียค่าใช้จ่าย ส่วนในด้านทักษะคิดพบว่า ผู้ป่วยหรือญาติมีทักษะคิดเชิงลบต่อการเรียกใช้บริการฯ ในทุกประเด็น โดยเฉพาะทักษะคิดที่เห็นว่าต้องทนเจ็บป่วยและใช้ยาหรืออุปกรณ์ของตนเท่าที่มีให้ถึงที่สุดก่อน จึงค่อยโทรหาหรือเรียกใช้บริการ 1669 รวมทั้ง เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรีบมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง เพราะรถพยาบาลจะช้าและไม่ได้ช่วยอะไร เหล่านี้เป็นทักษะคิดที่พบในกลุ่มผู้ไม่เรียกใช้มากกว่ากลุ่มที่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากการศึกษาจะพบสาเหตุการไม่เรียกใช้ฯ เกี่ยวข้องกับความเข้าใจผิดและทักษะคิด ซึ่งนอกจากการไม่รู้จักรบบการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว สิ่งสำคัญหนึ่งคือความไม่รู้ภาวะฉุกเฉินนั้นๆ ทำให้ไม่ตระหนักต่อประโยชน์ที่จะได้ หากมาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นหน่วยงานระดับพื้นที่ รวมทั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข จึงควรหาแนวทางหรือวิธีการที่ดีในการประชาสัมพันธ์ที่เน้นการส่งเสริมความรู้ ปรับทัศนคติต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อส่งเสริมให้การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้ ทักษะการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน, การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน, การเจ็บป่วยฉุกเฉิน

* สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

† คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Knowledge, Perspective, and Reasons of Not-Calling Emergency Medical Services in Thailand

Teera Sirisamutr*, Kittipong Ponsen†, Porntip Wachiradilok*

* National Institute for Emergency Medicine

† Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: Teera Sirisamut, teera.s@niems.go.th

Abstract

Emergency Medical Service (EMS) can help increase survival rates and reduce possible disability among emergency patients. However, the number of calls for EMS is relatively low in Thailand. This study aimed to inspect the knowledge, perspective, and reasons of calling and not-calling the EMS by patients or their relatives who visited the emergency room in 45 government and private hospitals from December 2015 to February 2016. The hospitals were scattered in 9 provinces with the sample of 2,028 patients, whereby 646 patients had called EMS and 1,368 came by themselves or otherwise. The key reasons for not-calling were: the convenience of personal transportation (76.0%), avoiding waiting time for an ambulance (31.0%), and anxiety on the emergency situation (28.9%). Most misconceptions on the EMS included: (1) Ambulances were used only for casualties from accidents, and (2) Ambulance services were not free. In terms of perspective, most patients or relatives had negative views towards the EMS, especially the idea that they had to help themselves until the condition was severe or medications or relief devices were unavailable. Another view was that the EMS was slower than getting to the hospital on own-self. These perspectives were from non-users more than users. In conclusion, the study indicated that the causes of non-user involved misunderstandings, poor perspectives, and lack of awareness as well as the absence of knowledge on threats related to particular emergency conditions. Hence, regional agencies, the National Institute of Emergency Medicine, and the Ministry of Public Health should discuss the solutions to raise public awareness and to improve the perspective towards the EMS, in order to promote more usage.

Keywords: knowledge and perspective of emergency medical service, EMS utilization, emergency patients

ภูมิหลังและเหตุผล

การแพทย์ฉุกเฉิน เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่บริการผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการบำบัดรักษาช่วงก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างถูกต้องและทันที่⁽¹⁾ การมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความสูญเสียได้ ซึ่งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital) นั้น จะต้องมีประสิทธิภาพ มีความครอบคลุมอย่างเหมาะสม และเชื่อถือได้ จึงจะทำให้ประชาชนเชื่อมั่นในการเรียกใช้บริการ⁽²⁾ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เป็นกลไก

สำคัญในการขับเคลื่อนระบบ และมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบบริหารจัดการระบบ ซึ่งที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินและยานพาหนะรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้น มีชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ครอบคลุมการให้บริการฯ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้จำนวนครั้งของการออกปฏิบัติการฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีการออกปฏิบัติการฉุกเฉินทั่วประเทศจำนวน 1.5 ล้านครั้ง หรือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2555⁽³⁾ อย่างไรก็ตาม การออกปฏิบัติการฉุกเฉินหรือการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก็ยังคงมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับ



จำนวนการคาดการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในประเทศไทย ซึ่งพบเพียงร้อยละ 10-15⁽⁴⁻⁵⁾

จากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558 พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด รวมถึงอุบัติเหตุทางจราจร เป็นสาเหตุการตายลำดับต้นๆ ของประเทศไทย⁽⁶⁾ ซึ่งการเจ็บป่วยเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือเกิดแบบฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้นหรือเสียชีวิต⁽⁷⁾ ดังนั้นการจัดการหรือช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งสำคัญตลอดกระบวนการตั้งแต่การได้รับแจ้งเหตุและประเมินอาการ การดูแลก่อนนำส่งโรงพยาบาล (pre-hospital care) การช่วยเหลือระหว่างนำส่ง และการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว ซึ่งปฏิบัติการเหล่านี้จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ให้เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุได้มากกว่าร้อยละ 90⁽⁸⁾

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีการพัฒนาที่ดีขึ้นตามลำดับ⁽⁹⁻¹¹⁾ แต่พบปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ เช่น ปัญหาด้านคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการของชุดปฏิบัติการ ความแตกต่างของปริมาณการให้บริการของแต่ละพื้นที่ ความสับสนกับหมายเลขสายด่วน ทั้งนี้ เนื่องจากการบริการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของประเทศไทยยังเป็นระบบการจัดบริการของรพพยาบาลฉุกเฉินหลายระดับ (multiple tier system) ซึ่งต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วที่มักเป็นเพียงระดับเดียว (single tier system) จึงพบปัญหาการจัดทำมาตรฐานการบริการ ทั้งยานพาหนะ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ อีกทั้งยังไม่พบหลักฐานการตรวจสอบคุณภาพ ประสิทธิภาพในการจัดบริการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และที่สำคัญมีข้อจำกัดด้านข้อมูลสารสนเทศ⁽⁹⁻¹⁰⁾ ส่วนปัญหาในฝั่งประชาชน พบว่า มีประมาณร้อยละ 20 ไม่รู้จักสายด่วน 1669 และถึงแม้จะรู้จักสายด่วน 1669 แต่ไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของการจัดให้มีและใช้ระบบบริการนี้ รวมถึงไม่รู้จักบริการการแพทย์

ฉุกเฉิน นอกจากนี้ ยังพบว่าประชาชนมีทัศนคติเชิงลบต่อรพพยาบาลฉุกเฉินและระบบการแพทย์ฉุกเฉินอีกด้วย⁽¹⁰⁻¹¹⁾ สาเหตุต่างๆ ดังกล่าว อาจเป็นผลให้ประชาชนส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินจะใช้วิธีการมาโรงพยาบาลด้วยตนเองโดยไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเหตุผลของการไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน รวมไปถึงความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อค้นพบไปใช้พิจารณาหามาตรการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey research) กระทำในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและฉุกเฉินเร่งด่วนหรือญาติที่พาผู้ป่วยมาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉินในรพพยาบาลรัฐและเอกชนทั่วประเทศ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

การเลือกพื้นที่ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ชั้น (two-stage stratified sampling) โดยชั้นที่ 1 เลือกจังหวัด โดยแบ่งพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร และเลือกจังหวัดตัวอย่างแบบเจาะจง โดยพิจารณาเลือกจังหวัดที่มีการพัฒนาและมีการเปลี่ยนแปลงระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามหลักของ system building block และมีผลงานโดดเด่น มีการกระจายตัวของจังหวัดในแต่ละภูมิภาคนั้นๆ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ซึ่งคัดเลือกได้ทั้งสิ้น 9 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พิษณุโลก นครพนม อุบลราชธานี สระบุรี ราชบุรี ชลบุรี สงขลา และกรุงเทพมหานคร ชั้นที่ 2 เลือกโรงพยาบาลโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยเลือกโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) จังหวัดละ 1 แห่ง รวม 8 แห่ง (พิจารณาเลือก รพศ. เป็นลำดับแรก หากไม่มี รพศ. ในจังหวัดนั้นหรือ รพศ. ไม่สะดวกเข้าร่วมโครงการ ให้พิจารณาเลือก รพท. เป็นลำดับถัดมา และหากในจังหวัด

นั้นมี รพท. มากกว่า 1 แห่ง ให้สุ่มเลือกอย่างง่าย โดยวิธีจับฉลาก) เลือกโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) จังหวัดละ 2-3 แห่ง รวม 23 แห่ง เลือกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (รพม.) แบบเจาะจงในจังหวัดที่มี รพม. รวม 3 แห่ง และเลือกโรงพยาบาลเอกชน (รพ. เอกชน) แบบเจาะจง โดยพิจารณา รพ. เอกชนขนาดใหญ่ที่เป็นเครือข่ายบริการของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และยินดีเข้าร่วมโครงการจังหวัดละ 1 แห่ง รวม 6 แห่ง (หาก รพ. เอกชนขนาดใหญ่ลำดับแรกไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการจะเลือก รพ. ขนาดใหญ่ในลำดับถัดมา)

กรุงเทพมหานครและปริมณฑล สุ่มเลือกอย่างง่ายตามสังกัด จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ รพ.วชิรพยาบาล (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร) รพ.พระนั่งเกล้า (สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) รพ.เลิดสิน (สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) และ รพ.บางปะกอก 1 (โรงพยาบาลเอกชน)

กลุ่มตัวอย่างและวิธีสุ่มเลือก การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรสมการข้างล่างนี้

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} PO}{d^2}$$

โดยที่ = 1.96 (ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)
 P = สัดส่วนของประชาชนที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยตนเอง คิดจากประมาณการการรวบรวมสถิติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2554⁽⁴⁾ โดยแต่ละจังหวัดมีค่า P ดังนี้ เชียงใหม่ (0.9746) พิษณุโลก (0.9789) นครพนม (0.9498) อุบลราชธานี (0.9288) สระบุรี (0.9812) ราชบุรี (0.9714) ชลบุรี (0.9619) สงขลา (0.9756) และกรุงเทพมหานคร (0.9688), Q = 1-P และ d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดที่ ร้อยละ 2.5 (0.025) และกำหนดอัตราการการปฏิเสธให้ข้อมูล หรือ

แบบสัมภาษณ์ไม่สมบูรณ์หรือติดตามกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ (non-response rate) ร้อยละ 10 ซึ่งจากสมการดังกล่าว จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ต่ำกว่า 2,011 คน

กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนการเข้ารับบริการ (probability proportional to size) จากข้อมูลสถิติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2554⁽⁴⁾ สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชน ให้กำหนดสัดส่วนเท่ากับ รพศ./รพท.

ทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ (1) ผู้ป่วยสัญชาติไทยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป (2) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและฉุกเฉินเร่งด่วน ตามระดับการคัดแยกที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (ED-triage) (resuscitation: level 1, emergent: level 2, urgent: level 3) (3) ผู้ป่วยที่สามารถให้ข้อมูลได้ (อ่าน ฟัง พูด ภาษาไทย) แต่หากไม่สามารถให้ข้อมูล ให้ญาติที่รู้จักข้อมูลผู้ป่วยเป็นอย่างดีให้ข้อมูลแทน และ (4) ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยผู้อื่นโทรแจ้ง 1669 หรือนำส่งโดยทางอื่นๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) คลินิก (โดยญาติหรือผู้ป่วยรับรู้สามารถระบุข้อมูลได้) มีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ (1) ผู้ป่วยและญาติที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ (2) ผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น และ (3) ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากแผนกอื่นภายในโรงพยาบาล

เครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) เหตุผลการไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ (3) การรับรู้ ความเข้าใจและทัศนคติ



ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) จากการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน จำนวน 3 ครั้ง นำไปทดสอบเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลนอกเหนือกลุ่มที่ถูกเลือก จำนวน 30 คน และทดสอบความเที่ยงหรือความน่าเชื่อถือ (reliability) ของคำถามการรับรู้ ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach⁽¹²⁾ เพื่อทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อแสดง

เหตุผลของการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในลักษณะต่างๆ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้สถิติ Chi-square test ระหว่างสองกลุ่ม ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ประชาชนที่มา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ลักษณะ	มาด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน		มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	n = 646		n = 1,382	
ชาย	384	59.4	711	51.4
หญิง	262	40.6	671	48.6
อายุ	n = 646		n = 1,382	
	mean = 53.7 SD = 21.99		mean = 53.3 SD = 21.71	
5-14 ปี	13	2.0	68	4.9
15-59 ปี	278	43.0	580	41.9
60 ปีขึ้นไป	355	55.0	734	53.1
สิทธิประกันสุขภาพ	n = 641		n = 1,372	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	430	67.1	1,027	74.9
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	64	10.0	109	7.9
ประกันสังคม	29	4.5	92	6.7
ประกันเอกชน	32	5.0	56	4.1
สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ/อปท.	36	5.6	64	4.7
พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	82	12.8	38	2.8
ไม่มีสิทธิ์	10	1.6	9	0.7
ประเภทการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	n = 646		n = 1,382	
ผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป (non-trauma)	453	70.1	1,158	83.8
ผู้ป่วยอุบัติเหตุและบาดเจ็บ (trauma)	193	29.9	224	16.2
ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย	n = 646		n = 1,382	
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	349	54.0	814	58.9
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	297	46.0	568	41.1

ใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจำนวน 45 แห่งใน 9 จังหวัด มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2,028 คน โดยผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 3 คนนั้น เป็นญาติหรือคนใกล้ชิด (ร้อยละ 65.5) มีร้อยละ 34.5 เป็นผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยผู้ให้ข้อมูลทั้งกลุ่มที่มาด้วยการแพทย์ฉุกเฉินและมาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย (ร้อยละ 59.4 และ 51.4) มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 55.0 และ 53.1) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 67.1 และ 74.9) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป (non-trauma) (ร้อยละ 70.1 และ 83.8) และเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (ร้อยละ 54.0 และ 58.9) ดังตารางที่ 1

2. วิธีการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยรถพยาบาลมีจำนวน 646 คน ส่วนใหญ่มาที่รถปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินของ อปท. (ร้อยละ 44.9) มีประมาณ 1 ใน 3

คนที่มาด้วยรถพยาบาลฉุกเฉินของ รพ. (ร้อยละ 33.3) อีกส่วนหนึ่งมาด้วยรถปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินของมูลนิธิ (ร้อยละ 21.8) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยตนเองหรือระบบอื่น พบว่า ส่วนใหญ่มาด้วยรถยนต์ส่วนตัว (ร้อยละ 73.4) รองลงมา คือ มาด้วยรถจักรยานยนต์ส่วนตัว รถยนต์รับจ้าง รถแท็กซี่รับจ้าง (ร้อยละ 12.5, 5.1 และ 3.1) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

3. เหตุผลของการไม่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

กลุ่มผู้ที่มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นจำนวน 1,382 คน นั้น พบว่าส่วนใหญ่ให้เหตุผลหลักที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ (1) เห็นว่ามาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า (ร้อยละ 76.0) (2) ไม่อยากเสียเวลารอรถพยาบาลฉุกเฉินซึ่งอาจมาช้า (ร้อยละ 31.0) (3) เป็นช่วงภาวะคับขัน ตกใจ จึงไม่ได้นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 28.9) (4) รู้สึกว่าอาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 19.9) และ (5)

ตารางที่ 2 วิธีการที่ผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

วิธีการมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	จำนวน	ร้อยละ
มาด้วยรถพยาบาลฉุกเฉิน	n = 646	
รถพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล	215	33.3
รถปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินของ อปท.	290	44.9
รถปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินของมูลนิธิ	141	21.8
มาด้วยตนเองและระบบอื่น	n = 1,382	
รถยนต์ส่วนตัว	1,014	73.4
รถจักรยานยนต์ส่วนตัว	173	12.5
รถสามล้อเครื่อง/ชาเลนจ์ส่วนตัว	18	1.3
เดินมาเอง	5	0.4
รถยนต์รับจ้าง	70	5.1
รถแท็กซี่รับจ้าง	42	3.1
รถจักรยานยนต์รับจ้าง	20	1.4
รถสามล้อเครื่อง/ชาเลนจ์รับจ้าง	14	1.0
มาด้วยหน่วยงานอื่นๆ 11 คน ได้แก่ รถตำรวจนำส่ง (5), กู้ชีพ นอกกระบวน (1), รถพยาบาลของโรงงาน (2), รถยนต์บริษัท (1), รถโรงเรียน (1), รถเจ้าหน้าที่ รพ.สต. (1)	11	0.8
ไม่ระบุ	15	1.0

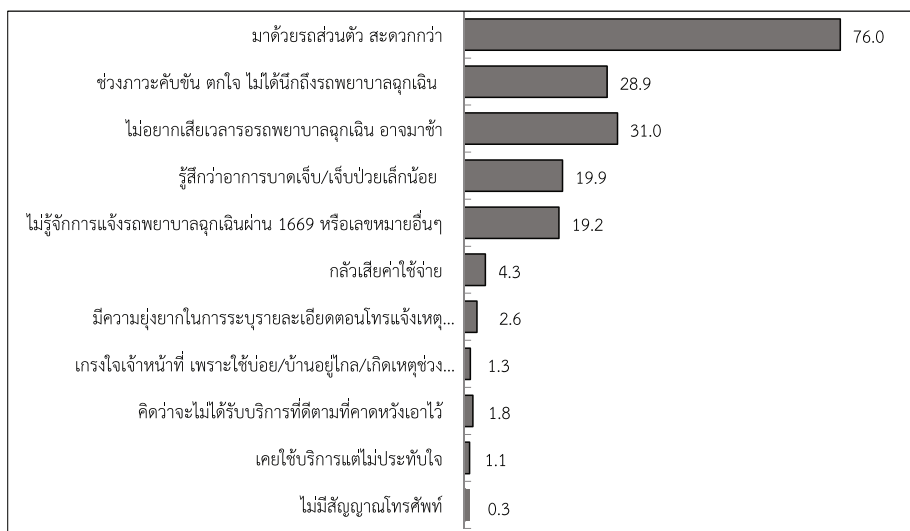


เป็นเพราะไม่รู้จักรการแจ้งรพพยาบาลฉุกเฉินผ่าน 1669 (ร้อยละ 19.2) ดังภาพที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วน เหตุผลการไม่เรียกใช้บริการฯ ระหว่างผู้ป่วย trauma กับผู้ป่วย non-trauma พบว่าผู้ป่วย trauma ให้เหตุผลเพราะ มาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า และเพราะไม่รู้จักรการแจ้งรพพยาบาลฉุกเฉินผ่าน 1669 น้อยกว่าผู้ป่วย non-trauma ซึ่งให้เหตุผลว่า เป็นช่วงภาวะคับขัน ตกใจ จึงไม่ได้นึกถึงรพพยาบาลฉุกเฉินมากกว่าผู้ป่วย trauma อย่างมีนัยสำคัญ

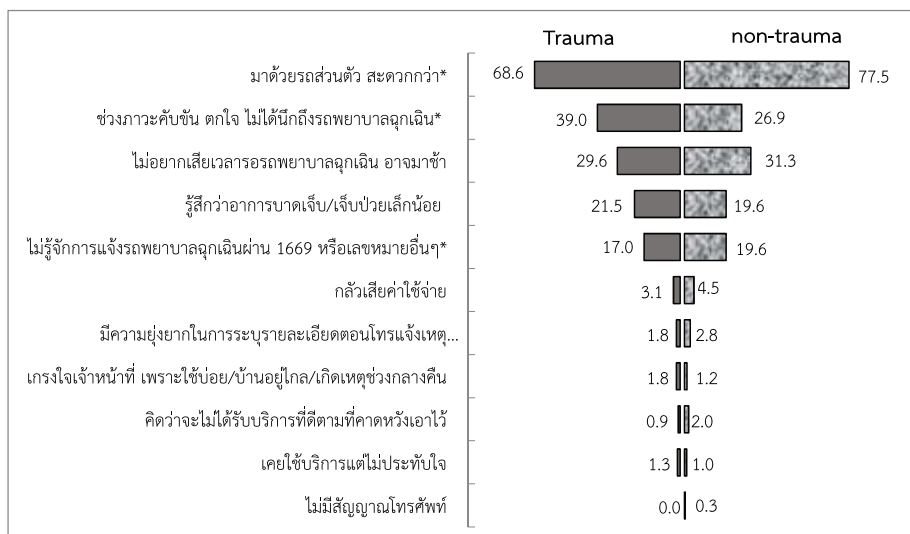
ทางสถิติ ดังภาพที่ 2

4. ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการสอบถามผู้ป่วยหรือญาติที่มาใช้บริการฯ พบว่า มีข้อมูลที่เข้าใจผิดในสัดส่วนที่สูง 5 ลำดับแรก ได้แก่ (1) เข้าใจว่ารพพยาบาลฉุกเฉินใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเท่านั้น (ร้อยละ 23.7) (2) เข้าใจว่าการใช้บริการรพพยาบาลฉุกเฉินต้องเสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 19.0) (3) เข้าใจ



ภาพที่ 1 เหตุผลที่ผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยตนเองและวิธีอื่น (n = 1,381)

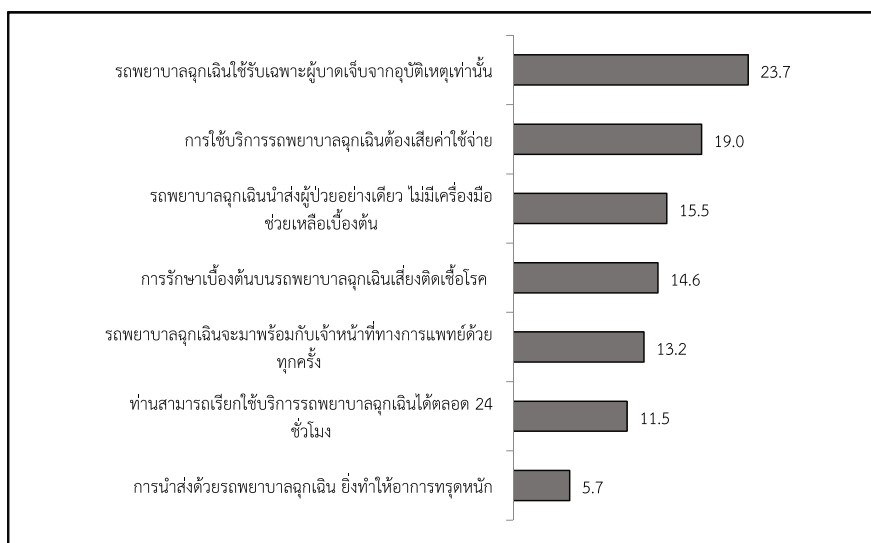


*มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

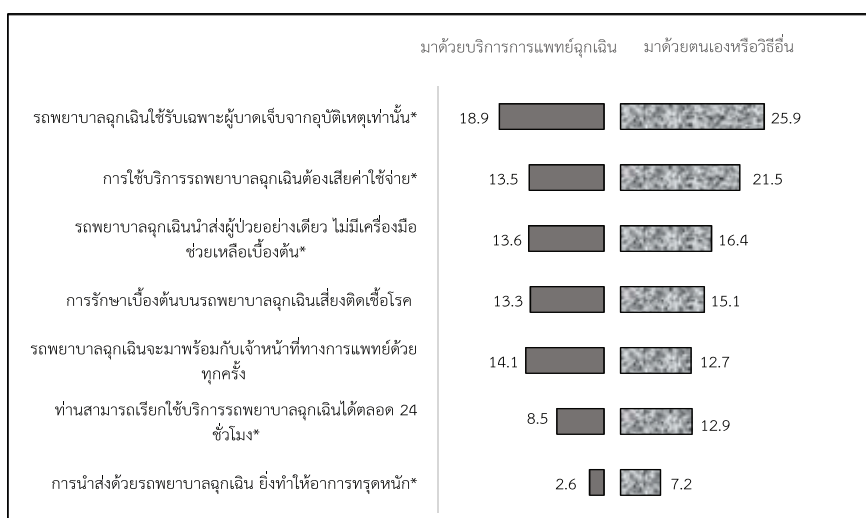
ภาพที่ 2 เหตุผลที่ผู้ป่วยฉุกเฉินมาด้วยตนเองและวิธีอื่น จำแนกตามสาเหตุของการมาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (trauma, n = 223; non-trauma, n = 1,158)

ว่ารถพยาบาลฉุกเฉินนำส่งผู้ป่วยอย่างเดียว ไม่มีเครื่องมือช่วยเหลือเบื้องต้น (ร้อยละ 15.5) (4) เข้าใจว่าการรักษาเบื้องต้นบนรถพยาบาลฉุกเฉินเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค (ร้อยละ 14.6) และ (5) เข้าใจว่าทุกครั้งที่รถพยาบาลฉุกเฉินมารับ จะไม่มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มาด้วย (ร้อยละ 13.2) ดังภาพที่ 3 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนความเข้าใจผิดระหว่างผู้ที่มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นกับผู้ที่มาด้วยบริการ

การแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ผู้ที่มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นมีสัดส่วนความเข้าใจผิดว่า (1) รถพยาบาลฉุกเฉินใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเท่านั้น (2) เข้าใจผิดว่าการใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินต้องเสียค่าใช้จ่าย (3) เข้าใจผิดว่าการนำส่งด้วยรถพยาบาลฉุกเฉิน ยิ่งทำให้อาการทรุดหนัก สูงกว่าผู้ที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังภาพที่ 4

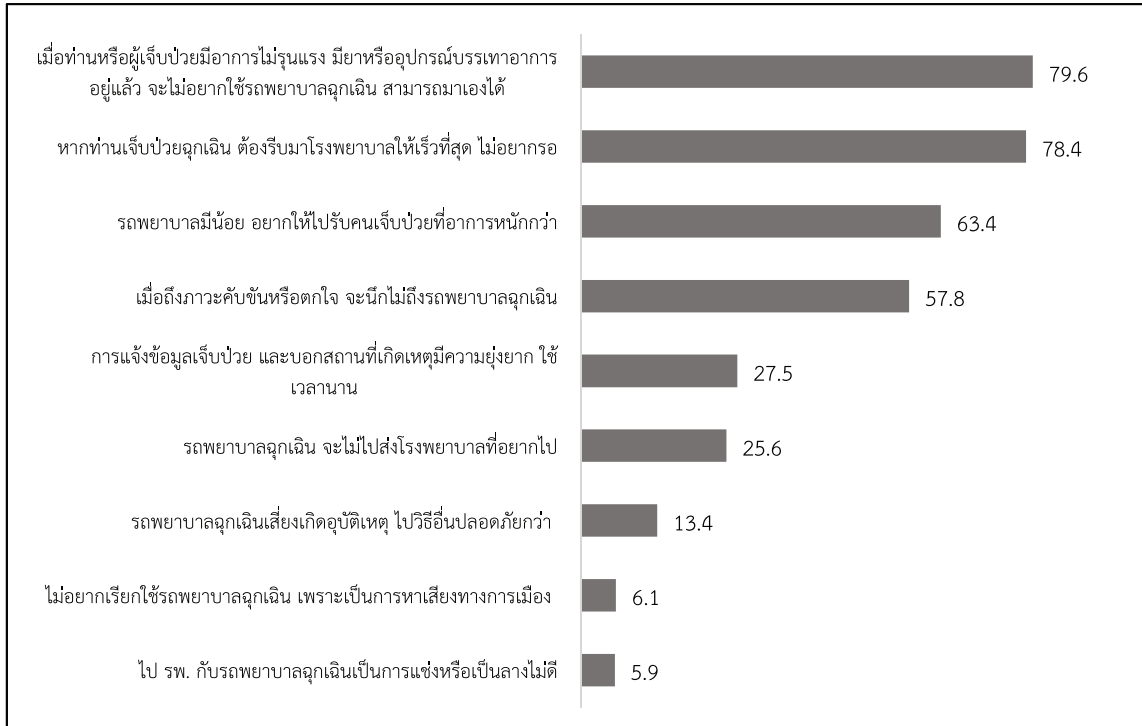


ภาพที่ 3 ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 2,027)

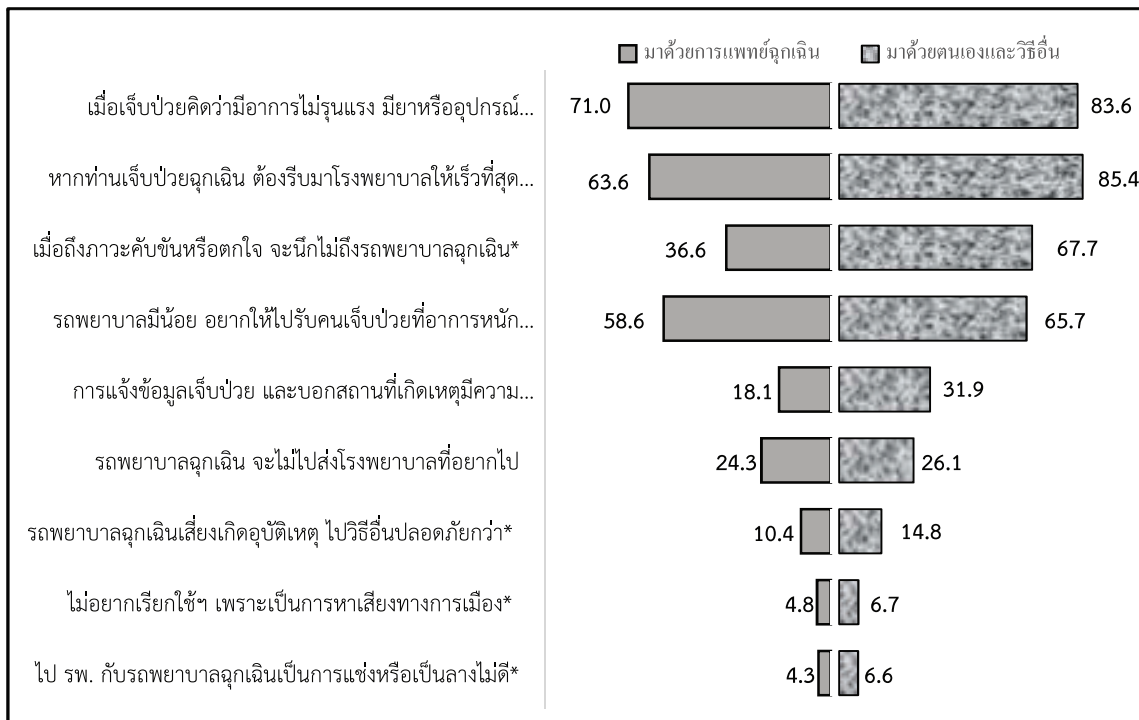


*มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05,

ภาพที่ 4 ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามวิธีการมารับบริการ (มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน n = 646, มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่น n = 1,381)



ภาพที่ 5 ทักษะคติเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 2,026)



*มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ภาพที่ 6 ทักษะคติเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามวิธีการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน n = 646, มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่น n = 1,381)

5. ทักษะที่เกี่ยวข้องกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการสอบถามผู้ป่วยหรือญาติที่มาใช้บริการฯ พบว่า มีทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 5 ลำดับแรก ได้แก่ (1) เห็นว่า ต้องทนเจ็บป่วยและใช้ยาหรืออุปกรณ์ของตนเท่าที่มีให้ถึงที่สุดก่อน จึงค่อยโทรหาหรือเรียกใช้บริการ 1669 (ร้อยละ 79.6) (2) เห็นว่า เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรีบมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง เพราะขึ้นรถพยาบาลจะมาช้า และไม่ได้ช่วยอะไร (ร้อยละ 78.4) (3) คิดว่ารถพยาบาลมีน้อย อยากให้ไปรับคนเจ็บป่วยที่อาการหนักกว่า (ร้อยละ 63.4) (4) เห็นว่า ไม่สามารถเข้าถึงรถพยาบาลฉุกเฉินได้เลย ดังนั้น เมื่อถึงภาวะคับขันหรือตกใจ จึงไม่นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 57.8) และ (5) เห็นว่าการแจ้งข้อมูลเจ็บป่วยและบอกสถานที่เกิดเหตุมีความยุ่งยาก (ร้อยละ 27.5) ดังภาพที่ 5 และเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนทัศนคติระหว่างผู้ที่มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นกับผู้ที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าผู้ที่มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นมีสัดส่วนทัศนคติเชิงลบที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าผู้ที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกประเด็น ดังภาพที่ 6

วิจารณ์

จากการศึกษานี้ที่พบว่า ผู้ที่มาด้วยตนเองหรือวิธีอื่นให้เหตุผลที่ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินว่า มาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า (ร้อยละ 76) ไม่อยากเสียเวลารอ (ร้อยละ 31) อยู่ในช่วงภาวะคับขัน ตกใจ ไม่นึกถึงรถพยาบาล (ร้อยละ 28.9) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัชชา หาญสุทธิเวชกุลและคณะ⁽¹³⁾ รวมทั้งการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย ST elevation myocardial infarction (STEMI) ที่มาด้วยตนเองของพัชราภรณ์ อุ้นเตจ๊ะ และ ศิริอร สินธุ์⁽¹⁴⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบเหตุผลการไม่ใช้บริการฯ ในลักษณะเดียวกัน โดยเฉพาะเหตุผลที่ว่า มาโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า และคิดว่าการใช้รถส่วนตัวจะถึง

โรงพยาบาลเร็วกว่า สะท้อนได้ว่า การประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และกองสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มากพอ ไม่ทั่วถึง หรือประชาสัมพันธ์ได้ไม่ดีพอ มีผลให้ประชาชนหรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการมาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่นอกเหนือจากเรื่องความเร็วแล้ว การแพทย์ฉุกเฉินยังมีการช่วยเหลือเบื้องต้นระหว่างการนำส่ง การประสานความร่วมมือเพื่อช่วยเหลือระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินและโรงพยาบาลที่รองรับผู้ป่วย ซึ่งการช่วยเหลือหรือปฏิบัติการดังกล่าวจะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤตไม่ให้เกิดเหตุ ฌ ที่เกิดเหตุได้กว่าร้อยละ 98⁽⁸⁾

ในส่วนของเหตุผลอื่นๆ ที่ผู้ป่วยฉุกเฉินให้เหตุผลในการไม่ใช้บริการฯ เช่น “อาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยไม่รุนแรง คิดว่าไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ (ร้อยละ 20) ซึ่งพบสัดส่วนน้อยกว่าการศึกษาของ ณัชชา หาญสุทธิเวชกุลและคณะ⁽¹³⁾ (ร้อยละ 25) สะท้อนได้ว่าผู้ป่วยหรือญาติยังไม่สามารถประเมินอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย STEMI⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าประมาณร้อยละ 3.7 ที่ให้เหตุผลว่าอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยไม่รุนแรง คิดว่าไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ หรือแม้แต่การศึกษาในผู้ป่วย stroke⁽¹⁵⁾ และ Amy Knowlton และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบในลักษณะเดียวกัน ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ในการประเมินอาการเบื้องต้นแก่กลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไป จึงเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการ เพื่อให้เกิดการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้นทั้งในกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสประสบกับการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

เหตุผลอื่นๆ ที่ไม่ใช้บริการ เช่น กลัวเสียค่าใช้จ่าย คิดว่ามีความยุ่งยากในการระบุรายละเอียดตอนโทรแจ้งเหตุ 1669 เกรงใจเจ้าหน้าที่ คิดว่าจะได้รับบริการไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 1-5 เป็นไปตามเหตุผลจากการสนทนากลุ่มในการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสนและคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบในลักษณะเดียวกัน เช่น กลัวเสียค่าใช้จ่าย คิดว่ามีความยุ่งยากในการโทรแจ้ง 1669 นอกจากนั้น การ



ศึกษาดังกล่าวยังระบุเหตุผลอื่นๆ เช่น กลัวเสียงไซเรนรถกู้ชีพ อายเพื่อนบ้าน รถกู้ชีพเคยเป็นรถขนส่ง ที่เกิดเหตุอยู่ใกล้โรงพยาบาล กลัวการเกิดอุบัติเหตุเพราะเจ้าหน้าที่ขับรถกู้ชีพเร็วมาก

สำหรับเหตุผลที่ไม่ใช้บริการฯ เพราะ “ไม่รู้จักเลขหมายการแจ้งเหตุ 1669” การศึกษานี้พบร้อยละ 19.2 ซึ่งน้อยกว่าของ ณัชชา หาญสุทธิเวชกุลและคณะ⁽¹³⁾ สุวรรณดี ภิญญูและคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบมากถึงร้อยละ 50 และ 60 ตามลำดับ ในขณะที่การศึกษาของ พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ และ ศิริอร สินธุ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วย STEMI หรือญาติ ให้เหตุผลเพราะไม่รู้จักเลขหมายการแจ้งเหตุ 1669 มากถึงร้อยละ 77.2 อย่างไรก็ตาม ทั้ง 3 การศึกษานี้ ได้กระทำการศึกษาก่อนปี พ.ศ. 2555 จึงอาจเป็นไปได้ว่า ในช่วงหลังได้มีการประชาสัมพันธ์เลขหมาย 1669 มากขึ้น จึงทำให้ประชาชนรู้จักมากยิ่งขึ้น

อาจถือได้ว่าประเทศไทยมีการสำรวจความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยมาก โดยส่วนที่มิจะเป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในภาพรวมหรือเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ^(9-11,13,19-20) ที่ระบุว่าประชาชนยังไม่รู้จักบริการทางการแพทย์ เช่น ยังคิดว่าการใช้บริการต้องเสียค่าใช้จ่าย รถพยาบาลมารับเฉพาะบางกรณีหรือบางคน รวมทั้งระบุว่าไม่รู้จัก 1669 มีความสับสนกับเลขหมายฉุกเฉิน 1669 หรือถึงแม้รู้จักแต่ยังไม่เข้าใจวัตถุประสงค์หรือวิธีการแจ้งเหตุฉุกเฉิน นอกจากนี้ ก็มีการศึกษาในระดับพื้นที่ของ สุพรรณิ ภิญญูและคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของญาติและผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.พระจอมเกล้า เข้าใจว่าการนำส่งบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะปลอดภัยกว่าการนำส่งเอง เข้าใจว่าการมาด้วยรถพยาบาลจะได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น รถพยาบาลฉุกเฉินสามารถเรียกใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมง แต่สำหรับความเข้าใจว่ามาด้วยบริการจะต้องเสียค่าใช้จ่าย ใช้บริการได้เป็นบางพื้นที่ ไม่สามารถใช้เบอร์ 1669 ได้ทั่วประเทศ เหล่านี้มีสัดส่วนความเข้าใจผิดประมาณร้อยละ 30-60

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การ

ศึกษารังนี้สะท้อนได้ว่า มีทัศนคติหลายประเด็นที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับของการมาด้วยการบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ดีเท่าที่ควร เช่น เห็นว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง มียาหรืออุปกรณ์บรรเทาอาการอยู่แล้ว จึงไม่ยากใช้รถพยาบาลฉุกเฉิน สามารถมาเองได้ (ร้อยละ 79.6) เห็นว่า หากเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องรีบมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ไม่อยากรอ (ร้อยละ 78.4) เห็นว่า รถพยาบาลมีน้อย อยากให้ไปรับคนเจ็บป่วยที่อาการหนักกว่า (ร้อยละ 63.4) เห็นว่า ไม่สามารถเข้าถึงรถพยาบาลฉุกเฉินได้เลย ดังนั้น เมื่อถึงภาวะคับขันหรือตกใจ จึงไม่นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 57.8) ซึ่งทัศนคติเหล่านี้ ถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนั้นการศึกษาของ Nichole Bosson และคณะ⁽²¹⁾ ก็พบทัศนคติที่เป็นอุปสรรคการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในลักษณะเดียวกัน โดยพบว่า การไปใช้บริการด้วยวิธีของตนเอง เช่น ใช้รถยนต์ส่วนตัว รถรับจ้าง สะดวกและถึงโรงพยาบาลเร็วกว่า คิดว่ารถพยาบาลฉุกเฉินรับเฉพาะคนที่มีอาการรุนแรง และเกิดอุบัติเหตุที่ถนน รวมถึงการศึกษาของ Adam L. Brown และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่าผู้ป่วย chest pain ที่ไม่ใช้บริการฯ เพราะเชื่อว่าการไป รพ. และได้รับการดูแลจากแพทย์เร็วมากที่สุดเท่าไร จะทำให้ปลอดภัยมากขึ้น

ตามหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model: HBM)⁽²³⁾ เชื่อว่าบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและจัดการกับปัญหานั้นๆ ต้องเกิดจากการตระหนัก รับรู้ และกลัวภาวะคุกคามที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ ดังนั้น หากพิจารณาจากแบบแผนความเชื่อดังกล่าวนี้ ถึงแม้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะต้องใช้เวลานาน แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ที่ใกล้ชิดและเข้าใจบริบททางสังคมของประชาชน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพยายามทำให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อบริการนี้ โดยเฉพาะประเด็นการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่ควรจะเรียกใช้บริการและการรับรู้ประโยชน์ที่จะ

ได้รับหากเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ช้อยุติ

จากสาเหตุของการไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เกิดจากความเข้าใจผิดและทัศนคติด้านลบที่สำรวจได้ในการศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงปัญหาหรืออุปสรรคต่อการเรียกใช้บริการ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ควรร่วมกันค้นหามาตรการและแนวทางรณรงค์ประชาสัมพันธ์ที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อนำไปสู่การปรับทัศนคติจากเชิงลบเป็นเชิงบวก เป็นการส่งเสริมให้มีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยการอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจากผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้บริหารใน อปท. ขอขอบคุณผู้ปฏิบัติงานต่างๆ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ รวมถึงอาสาฉุกเฉินชุมชน อีกทั้งขอขอบคุณกลุ่มผู้ป่วยและญาติที่ให้ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ ขอขอบคุณผู้ประสานงานจังหวัดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกท่านที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการประสาน เร่งรัด ติดตามการเก็บข้อมูล และที่สำคัญขอขอบคุณผู้วิจัยภาคสนามจาก 9 จังหวัด 45 โรงพยาบาลทุกท่าน รวมทั้งขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่อนุเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการ และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้

References

1. Regulations of the Prime Minister's Office. Plans for national reforms. Ratchakitcha. Cabinet Publishing and Gazette Office [Internet] 2018 [cited 2018 May 15];

Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/024_5/1.PDF. (in Thai)

2. National Institute of Emergency Medicine. Nation strategic plan for EMS system development volume 3 (2017-2020). Nonthaburi: Union Creation; 2017. (in Thai)
3. National Institute of Emergency Medicine. Annual report 2016 NIEM. Nonthaburi: Ultimate Printing; 2017. (in Thai)
4. Khon Kaen Hospital. Situation of patient experience in emergency medical services (EMS service) at the emergency department (ER Visit) in Thailand [Internet] 2013 [cited 2018 May 15]; Available from: http://www.ebooks.in.th/download/12190/%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%B9%E0%B8%A5%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B9%83%E0%B8%AB%E0%B9%89%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%AB%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%89%E0%B8%B8%E0%B8%81%E0%B9%80%E0%B8%89%E0%B8%B4%E0%B8%99_ER_Visit_%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9B%E0%B8%B5_2554. (in Thai)
5. Mathichon online. Emergency quality in Thailand [Internet] 2016. [cited 2018 May 15]; Available from: https://www.mathichon.co.th/local/quality-life/news_829787. (in Thai)
6. Bureau of Health Policy and Strategy, Ministry of Public Health of Thailand. Health statistics [Internet]. 2015 [cited 2018 May 5] Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf. (in Thai)
7. National Institute of Emergency Medicine. Emergency Medical Act B.E.2551 (2008). (in Thai)
8. Tianthavon T. Development of quality service and performance indicators in Pre-hospital EMS systems. Chadbunchachai W, editor. Khon Kaen: Khon Kaen Printing; 2008. (in Thai)
9. Tadadej C, Mongkolsomlit S, Suriyawongpaisarn P. Evolution of emergency medical service systems in Thailand: a systematic review. Journal of Health Science 2014;23:513-23. (in Thai)
10. Srithamrongsawat S, Aueasiriwon B, Bamrunghket W. International Experiences on Emergency Medical Services and Lessons Learned for Thailand. Insurance System Research



- Office. Aksorn Graphic & Design; 2014. (in Thai)
11. Tianthavon T, Wachiradilok P, Sirisamutr T, Chomchuen R. Ten years late: a decade of tsunami and development of emergency medical service in Thailand. National Institute of Emergency Medicine & Phamongkutkloa College of Medicine. 2014. (in Thai)
 12. Cronbach LJ. Essential of psychological testing. 4th edition. New York: Herper and Row; 1970.
 13. Hansudewechakul N, Chenthanakij B, Wittayachamnankul B. Why don't Chiang Mai people in need call emergency medical service? Journal of Health Science 2012;6(2):268-77. (in Thai)
 14. Untaja P, Sindhu S. Evaluation project for factors associated successful access to treatment of the patients with ST-elevated Myocardial Infarction [STEMI]. National Institute of Emergency Medicine, 2011. (in Thai)
 15. Schroeder EB, Rosamond WD, Morris DL, Evenson KR, Hinn AR. Determinants of use of emergency medical services in a population with stroke symptoms the second Delay in Accessing Stroke Healthcare (DASH II) Study. Stroke 2000;31:2591-6.
 16. Knowlton A, Weir BW, Hughes BS, Southerland RJH, Schultz CW, Sarpatwari R, et al. Patient demographic and health factors associated with frequent use of emergency medical services in a mid-sized city. Acad Emerg Med 2013;20(11):1101.
 17. Ponsen K, Wachiradilok P, Sirisamutr T, Kamnuanlerk N. The situation and the factors that affect the use of emergency medical services at the emergency department of patient emergency in Thailand. National Institute of Emergency Medicine. 2015. (in Thai)
 18. Pinyo S, Yamroj T, Kerdkaew K, Srisakorn K. Perception and expectation of emergency medical service in Prajombkao Hospital, Petchaburi province, 2011. (in Thai)
 19. Suriyawongpaisarn P, Srithamrongsawat S, Chadbunchachai W, Setthasatian A, Kositchaiwat J, Thamroj N, et al. Evaluation of emergency medical service systems in Thailand. Health Insurance System Research Office & Health Systems Research Institute. 2009. (in Thai)
 20. Wachiradilok P, Sirisamutr T, Chaiyasit S, Sethasathien A. A nationwide survey of Thailand emergency departments Triage Systems. Thai Journal of Nursing Council 2016;31(2):96-108. (in Thai)
 21. Bosson N, Redlener MA, Foltin GL, Raven MC, Foran MP, Wall SP. Barriers to utilization of pre-hospital emergency medical services among residents in Libreville, Gabon: a qualitative study. African Journal of Emergency Medicine 2013;3(4):172-7.
 22. Brown AL, Mann NC, Daya M, Goldberg R, Meischke H, Taylor J, et al. Demographic, belief, and situational factors influencing the decision to utilize emergency medical services among chest pain patients. Circulation 2000;102:173-8.
 23. Tansakul S. Behavioral theories: guideline for health education and health promotion activities. Journal of Health Education 2007;30(105):1-15. (in Thai)

ต้นทุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพ 8

ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย*

อุทุมพร วงษ์ศิลป์†

ผู้รับผิดชอบบทความ: อุทุมพร วงษ์ศิลป์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนภาพรวมของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิโดยคัดเลือกพื้นที่อำเภอที่มีระบบบริการปฐมภูมิที่ดี มีการบริหารจัดการในลักษณะของเครือข่ายตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริการปฐมภูมิ พื้นที่ที่ทำการศึกษารวมประกอบด้วยพื้นที่อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี อำเภอรือเสาะ จังหวัดน่าน และอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู เก็บรวบรวมข้อมูลบริการและข้อมูลบัญชีสำหรับปีงบประมาณ 2559 เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนรวมของเครือข่ายและต้นทุนต่อหัวประชากร

ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมของทุกเครือข่ายมีต้นทุนค่าแรงเป็นต้นทุนหลักในระบบบริการปฐมภูมิ ต้นทุนค่าแรงของบางเครือข่ายสูงกว่าต้นทุนค่าวัสดุถึงสองเท่า รองมาคือต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าเสื่อมราคา โดยเครือข่ายอำเภอน้ำโสมมีต้นทุนรวม 22.9 ล้านบาท เครือข่ายอำเภอรือเสาะมีต้นทุนรวม 49.4 ล้านบาทและเครือข่ายอำเภอนากลางมีต้นทุนรวม 46.2 ล้านบาท เมื่อพิจารณาต้นทุนรายเครือข่ายต่อประชากรที่รับผิดชอบ พบว่าเครือข่ายอำเภอน้ำโสมมีต้นทุนเฉลี่ย 612.61 บาทต่อประชากร รองมาคือ เครือข่ายอำเภอนากลางมีต้นทุนเฉลี่ย 603.08 และเครือข่ายอำเภอรือเสาะมีต้นทุนเฉลี่ย 461.52 บาทต่อประชากร

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนกลุ่มเป้าหมายเนื่องจากสามารถเก็บข้อมูลต้นทุนได้ครบในทุกมิติได้เพียง 1 พื้นที่ ซึ่งข้อมูลต้นทุนมีความแปรผันแตกต่างกันได้มาก การศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ได้ต้นทุนที่ใกล้เคียงความจริงมากที่สุด

คำสำคัญ: ต้นทุนต่อหน่วย, บริการปฐมภูมิ, เครือข่ายบริการปฐมภูมิ, ต้นทุนผู้ป่วยนอก

Cost of Primary Care Service Network in Health Region 8

Kwanpracha Chiangchaisakulthai*, Utoomporn Wongsin†

* International Health Policy Program, † Health Insurance System Research Office, Health Systems Research Institute

Corresponding author: Utoomporn Wongsin, utoomporn@hisro.or.th

Abstract

The objective of this study was to estimate total cost of primary care service network. Samples with a proper primary care service system and good administration were selected based on experts' opinion. They were three main district networks, namely, Namsom in Udonthani province, Wanornniwas in Sakon Nakhon province, and Naklang in Nong Bua Lam Phu province. The data on services and financial information of fiscal year 2015 were gathered. Total cost per network and the unit cost per capita were

* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

† สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

analyzed.

The result shows that labor cost was the main cost driver in primary care system in which some networks was twice higher than material cost, followed by capital cost. The total cost of Namsom network was THB 22.9 million, of Wanornniwas network was THB 49.4 million, and of Naklang network was THB 46.2 million. The cost per capita of Namsom network was THB 612.61 followed closely by Naklang and Wanornniwas networks at THB 603.08 and 461.52, respectively.

However, it should be noted that only one district network could collect all cost information needed was the main limitation of the present study. While, cost data are very different in each network, more primary care networks are needed to get more accurate unit cost.

Keywords: unit cost, primary care, primary care cluster, outpatient cost.

บทสรุปและเฝ้าดูผล

ระบบบริการปฐมภูมิจัดเป็นหัวใจของการจัดระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นระบบบริการที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดีและสามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้⁽¹⁾ นอกจากนี้ ระบบบริการปฐมภูมิยังเป็นระบบที่มีบทบาทในการสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพที่เน้นการเข้าถึงบริการ⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม การจัดการบริการปฐมภูมิที่ผ่านมา ถูกมองว่ายังขาดเอกภาพในการดำเนินงาน ทำให้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น จึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาให้มีเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อให้มีเอกภาพ และมีทิศทางในการทำงานที่เน้นหนักในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมากยิ่งขึ้น แนวคิดดังกล่าวมองว่าสถานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ซึ่งประกอบไปด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลายแห่งควรมีการบริหารจัดการร่วมกัน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเกิดการกระจายทรัพยากรที่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยบริหารจัดการแยกจากระบบบริการทุติยภูมิเดิมที่มีอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อลดข้อครหาในประเด็นการให้น้ำหนักกับบริการปฐมภูมิน้อยกว่าที่ควรจะเป็นด้วย

การจัดให้มีเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิดังกล่าว ยังมีคำถามที่เกี่ยวข้องมากมาย ที่ถามกันบ่อยๆ ก็คือ ต้นทุนในการจัดบริการเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิเป็นเท่าไร จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิที่ผ่านมา พบว่าในต่างประเทศมีข้อมูลการศึกษาต้นทุน

ของการให้บริการปฐมภูมิไม่มากนัก ประเทศแอลเบเนียมีการศึกษาต้นทุนในภาพรวมของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ต้นแบบจำนวน 4 แห่ง พบว่า ต้นทุนส่วนใหญ่เป็นค่าบุคลากร รองลงมาคือค่าเช่า เมื่อรวมต้นทุนทั้งปีมีมูลค่าต่ำที่สุดประมาณ 3 แสนบาท และสูงสุด 1.5 ล้านบาท⁽³⁾ ขณะที่ประเทศกานาได้ศึกษาต้นทุนการจัดบริการในหน่วยงานปฐมภูมิ พบว่า ต้นทุนค่าบุคลากรสูงที่สุด และภาพรวมต้นทุนประมาณ 3 แสนบาท⁽⁴⁾ เช่นเดียวกับประเทศเอธิโอเปีย⁽⁵⁾ ที่พบว่า ต้นทุนบริการในระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นค่าบุคลากรเช่นกัน โดยมีต้นทุนบริการเฉลี่ยของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิประมาณ 13.3 ล้านบาทต่อปี และต้นทุนบริการเฉลี่ยที่ระดับคลินิกประมาณ 5.6 ล้านบาทต่อปี ส่วนด้านการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง และมีหลายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ⁽⁶⁻⁹⁾ งานวิจัยเหล่านั้นมีทั้งที่ได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกและกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ และที่มิวิจัยเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาโครงการการศึกษาวิจัยระบบบริการปฐมภูมิในเขตกรุงเทพมหานครด้วย⁽⁹⁾ งานวิจัยด้านต้นทุนในประเทศไทยก็มีการศึกษาไว้ แต่ส่วนใหญ่เป็นเพียงต้นทุนของสถานบริการระดับปฐมภูมิเพียงแห่งเดียว ไม่เป็นภาพรวมทั้งเครือข่าย^(10,11) และยังมีงานวิจัยต้นทุนบริการของแม่ข่ายและต้นทุนบริการของ รพ.สต. ซึ่งคัด

เลือก รพ.สต. มาเพียงเครือข่ายละสามแห่ง⁽¹²⁾ ข้อมูลดังกล่าวจึงไม่สามารถสะท้อนต้นทุนรวมของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิได้ งานวิจัยครั้งนี้จึงเลือกทำการศึกษาต้นทุนภาพรวมของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิทั้งเครือข่ายโดยใช้ข้อมูลของ รพ.สต. ทั้งหมด เพื่อให้สามารถเห็นจำนวนเงินทั้งหมดที่ใช้รวมทั้งเครือข่ายได้ (ค่าใช้จ่ายที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนและค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากหน่วยงานอื่นๆ) ข้อมูลต้นทุนรวมของทั้งเครือข่ายที่ได้จากงานวิจัยนี้น่าจะเป็นประโยชน์ในการใช้ประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิในอนาคตต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์เชิงปริมาณ ประกอบด้วยการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2559 ทั้งข้อมูลบริการและข้อมูลค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เน้นการใช้ประโยชน์จากข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ที่มีการจัดเก็บอยู่ก่อนแล้ว และอาศัยข้อมูลจากระบบบัญชีหน่วยงานเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการพัฒนาข้อมูลต้นทุนและคำนวณต้นทุนบริการตามคู่มือการศึกษาต้นทุนของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹³⁾ กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคือ พื้นที่อำเภอที่มีระบบบริการปฐมภูมิที่ดี เป็นพื้นที่อำเภอที่มีความพร้อมในระดับที่จะต่อยอดการปฏิรูปได้ มีวิธีบริหารจัดการบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยอาศัยความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริการปฐมภูมิจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน พื้นที่ตัวอย่าง ได้แก่ อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี อำเภอรามัญ จังหวัดสกลนคร และอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

ข้อมูลที่น่ามาใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนประกอบด้วย

1. ข้อมูลต้นทุนในระบบบัญชีหน่วยงานของทุกรพ.สต. ในพื้นที่เป้าหมาย โดยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องเบื้องต้นในระบบบัญชี ตามมาตรฐานการบันทึกบัญชีหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการสอบถามลักษณะการปฏิบัติ

งานและสอบทานความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลทั้งข้อมูลบริการและข้อมูลบัญชีเพื่อให้เพียงพอสำหรับการคำนวณต้นทุนบริการ ในกรณีที่ตรวจสอบพบข้อบกพร่องจะดำเนินการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องเพื่อคำนวณต้นทุนต่อไป ข้อมูลที่ได้จำแนกเป็นต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุและค่าเสื่อมราคา

2. ข้อมูลต้นทุนที่ไม่ถูกบันทึกในระบบบัญชี แม้ว่ามาตรฐานการบันทึกบัญชีหน่วยบริการสาธารณสุขนั้น กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดไว้เป็นอย่างดีแล้ว แต่ในการปฏิบัติงานจริงของ รพ.สต. มักจะมีต้นทุนบางส่วนที่ไม่ถูกบันทึกเข้าไปในระบบบัญชี ด้วยสาเหตุหลากหลายประการ เช่น ไม่ทราบมูลค่าหรือไม่คิดว่าเป็นค่าใช้จ่าย ตัวอย่างของต้นทุนประเภทนี้ได้แก่ ของบริจาครักษาต่างๆ ยาที่ได้รับการจัดสรรจากส่วนกลาง รวมถึงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนวัคซีนต่างๆ ที่ใช้ในบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เนื่องจาก รพ.สต. ไม่ถูกหักค่าใช้จ่ายจากเวชภัณฑ์กลุ่มนี้ จึงไม่คิดว่าเป็นต้นทุน หรือกรณีที่โรงพยาบาลแม่ข่ายมีบริการทำให้เครื่องมือและวัสดุการแพทย์ปราศจากเชื้อสนับสนุนให้กับ รพ.สต. ในเครือข่าย หรือบริการกำจัดขยะติดเชื้อให้แก่ รพ.สต. เหล่านี้ล้วนต้องนำมาเป็นต้นทุนในการดำเนินงานของเครือข่ายทั้งสิ้น ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการสอบถาม และขอข้อมูลการดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ถ้ามีการแยกระบบบริการปฐมภูมิและระบบบริการทุติยภูมิออกจากกัน จะต้องคำนึงถึงค่ารักษาพยาบาลที่ต้องตามจ่ายกันระหว่างระบบบริการปฐมภูมิกับระบบบริการทุติยภูมิในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการทุติยภูมิ หรือแม้แต่กรณีที่ผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการทุติยภูมิเองโดยไม่มีใบส่งต่อก็ตาม เนื่องจากถือเป็นภาระของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องดูแลประชาชนในพื้นที่ จึงดำเนินการจัดเก็บข้อมูลต้นทุนในส่วนนี้ โดยจัดเก็บจากฐานข้อมูลงานบริการของโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยถือว่าค่าใช้จ่ายเรียกเก็บที่เกิดขึ้นในระบบบริการของโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นค่าใช้จ่ายของเครือข่ายระบบ

บริการปฐมภูมิ

เมื่อรวบรวมข้อมูลข้างต้นของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในอำเภอพื้นที่เป้าหมายแล้ว จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ต้นทุนของแต่ละเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ และคำนวณต้นทุนทั้งหมดที่เกิดจากการทำงานของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ โดย ต้นทุนรวม = ต้นทุนค่าแรง + ต้นทุนค่าวัสดุ + ต้นทุนค่าเสื่อมราคา

นิยามและคำจำกัดความ

ต้นทุนค่าแรง ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ หักค่าแรงบุคลากรที่ไปช่วยราชการออก และเพิ่มค่าแรงในส่วนของบุคลากรที่มาช่วยราชการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ต้นทุนค่าวัสดุ หมายถึงมูลค่าวัสดุทั้งหมดที่หน่วยบริการปฐมภูมินั้นใช้ไป ไม่ว่าจะเป็นวัสดุที่ได้มาจากการจัดซื้อของหน่วยงาน หรือได้มาจากการจัดสรรอื่น ตลอดจนถึงการได้มาจากการบริจาค

ต้นทุนค่าลงทุน (capital cost) ได้แก่ **ต้นทุนค่าเสื่อมราคา (depreciation)** ประจำปีของอาคารและสิ่งปลูกสร้าง ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ และค่าตัดจำหน่าย

ต้นทุนสนับสนุนจากแม่ข่าย หมายถึงต้นทุนที่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในการทำงานของ รพ.สต. ในพื้นที่เป้าหมาย แต่การทำงานดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในรูปของวัสดุหรือบริการ โดยไม่มีการคิดมูลค่าและไม่มีการบันทึกในระบบบัญชีหน่วยงาน เช่น ค่าบริการกำจัดขยะติดเชื้อ ค่ายาของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่แพทย์ใช้ในการออกปฏิบัติงานที่ รพ.สต.

ต้นทุนการรักษาตามจ่าย หมายถึง ภาระค่ารักษาพยาบาลที่ต้องมีระหว่างระบบบริการปฐมภูมิกับระบบบริการทุติยภูมิในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการทุติยภูมิ หรือแม้แต่กรณีที่ผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการทุติยภูมิเองโดยไม่มีใบส่งต่อก็ตาม แม้จะไม่มี การจ่ายจริง ทั้งนี้เพื่อบอกถึงภาระที่เครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิอาจต้องคำนึงถึง

เครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการคู่สัญญาที่ให้บริการปฐมภูมิ ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. แต่ต้นทุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิในการศึกษานี้แสดงต้นทุนโรงพยาบาลชุมชนเฉพาะส่วนที่เป็นการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

ผลการศึกษา

จากการศึกษาต้นทุนของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ตัวอย่าง 3 พื้นที่ ประกอบด้วยพื้นที่อำเภอ น้ำโสม จังหวัดอุดรธานี อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร และอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู สรุปผลการศึกษาได้ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรในความรับผิดชอบของแต่ละ รพ.สต. ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีจำนวน 9 แห่ง ประชากรรวมทั้งสิ้น 37,423 คน ประชากร

ตารางที่ 1 ข้อมูลจำนวนประชากรราย รพ.สต. เครือข่ายอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

รพ.สต.	จำนวนประชากร (คน)
น้ำโสม	5,944
นาเมืองไทย	2,359
โนนสมบูรณ์	2,496
หนองแวง	7,099
บ้านหยวก	6,010
โสมเยี่ยม	4,064
ผากลางนา	5,298
น้ำปุ่น้อย	2,725
ดงพัฒนา	1,428
รวม	37,423
ค่าเฉลี่ย	4,158
ค่า SD	2,002.58

เฉลี่ยต่อหนึ่ง รพ.สต. คือ 4,158 คน (SD = 2,002.58) จะเห็นได้ว่า รพ.สต. หนองแวงมีจำนวนประชากรในความรับผิดชอบมากที่สุดคือ 7,099 คน รองมาคือ รพ.สต. บ้านหยวก มีจำนวน 6,010 คน และ รพ.สต. ดงพัฒนามีจำนวนประชากรในความรับผิดชอบน้อยที่สุด คือ 1,428 คน

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนประชากรในความรับผิดชอบของแต่ละ รพ.สต. ในอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ซึ่งมีจำนวน 18 แห่ง ประชากรรวมทั้งสิ้น 107,146 คน ประชากรเฉลี่ยต่อหนึ่ง รพ.สต. คือ 5,953 คน (SD = 1,957.40) จะเห็นได้ว่า รพ.สต. หนองฮางมีจำนวน

ประชากรในความรับผิดชอบมากที่สุดคือ 9,755 คน รองลงมาคือ รพ.สต. โนนอุดม มีจำนวน 9,523 คน และ รพ.สต. คำหมูนมีจำนวนประชากรในความรับผิดชอบน้อยที่สุดคือ 3,321 คน และ รพ.สต. สั่งเปือยมีจำนวนครั้งของผู้มารับบริการสูงที่สุดคือ 49,022 ครั้ง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนประชากรในความรับผิดชอบของแต่ละ รพ.สต. ในอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งมีจำนวน 12 แห่ง ประชากรรวมทั้งสิ้น 76,568 คน ประชากรเฉลี่ยต่อหนึ่ง รพ.สต. คือ 6,381 คน (SD = 2,306.16) จะเห็นได้ว่า รพ.สต. บ้านร่องน้ำใสมีจำนวน

ตารางที่ 2 ข้อมูลจำนวนประชากรและจำนวนผู้รับบริการราย รพ.สต. เครือข่ายอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

รพ.สต.	จำนวนประชากร (คน)	ผู้รับบริการ (คน)	ผู้รับบริการ (ครั้ง)	ครั้ง/คน
ปานเจริญ	8,352	5,329	15,937	2.99
คำหมูน	3,321	2,036	8,106	3.98
ขัวก่าย	4,917	3,645	10,709	2.94
โพนแพง	8,232	5,762	13,249	2.30
ทุ่งโพธิ์	5,343	4,378	10,904	2.49
โคกแสง	5,923	4,518	9,173	2.03
โนนแต่	4,618	3,925	9,170	2.34
หนองฮาง	9,755	6,621	14,407	2.18
ห้วยหิน	4,113	3,954	7,157	1.81
สอ.โนนอุดม	9,523	7,680	18,938	2.47
สอ.นาซอ	6,865	5,134	14,515	2.83
สอ.แสงเจริญ	4,245	3,326	8,543	2.57
สอ.นาคำ	4,646	3,185	9,017	2.83
สอ.คอนสาย	5,440	4,206	12,978	3.09
สอ.จำปาดง	7,117	4,779	8,531	1.79
สอ.หนองแวง	6,187	4,448	12,275	2.76
สอ.สั่งเปือย*	3,692	23,306	49,022	2.10
สอ.วังเหี้ยม	4,857	2,533	6,054	2.39
รวม	107,146	98,765	238,685	-
ค่าเฉลี่ย	5,953	5,360	12,934	-
ค่า SD	1,957.40	4,653	9,537	-

* ผู้รับบริการมากกว่าจำนวนประชากรเพราะมีผู้รับบริการนอกเขตรับผิดชอบ

ตารางที่ 3 ข้อมูลจำนวนประชากรและจำนวนผู้รับบริการราย รพ.สต. เครือข่ายอำเภอชนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

รพ.สต.	จำนวนประชากร (คน)	ผู้รับบริการ (คน)	ผู้รับบริการ (ครั้ง)	ครั้ง/คน
บ้านโป่งแค	10,080	9,061	29,062	3.21
บ้านนาหนองทุ่ม	5,434	5,147	19,209	3.73
บ้านร่องน้ำใส*	10,239	10,551	37,785	3.58
บ้านก่าน	6,951	6,820	22,948	3.36
บ้านชำเสี้ยว	4,457	4,692	19,043	4.06
บ้านกุดกระสือ	4,853	4,558	15,827	3.47
บ้านยางชุม	3,819	3,258	17,776	5.46
บ้านโนนม่วง*	8,235	8,939	29,292	3.28
บ้านท่าอุทัย	3,128	2,887	12,116	4.20
บ้านพนาวัลย์	6,519	N/A	N/A	N/A
บ้านป่าแดงงาม	7,444	6,735	17,565	2.61
บ้านโนนสวรรค์	5,409	4,794	20,208	4.22
รวม	76,568	67,442	240,831	-
ค่าเฉลี่ย	6,381	6,131	21,894	-
ค่า SD	2,306.16	2508.47	7389.46	-

หมายเหตุ N/A คือ ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

* ผู้รับบริการมากกว่าจำนวนประชากรเพราะมีผู้รับบริการนอกเขตรับผิดชอบ

ตารางที่ 4 ข้อมูลต้นทุนรวมของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ

หน่วย : บาท

เครือข่าย	ต้นทุนระบบบัญชี			ต้นทุนสนับสนุน จากแม่ข่าย	ต้นทุน รวม	ต้นทุนค่า รักษาตามจ่าย*
	ต้นทุน ค่าแรง	ต้นทุน ค่าวัสดุ	ต้นทุน ค่าเสื่อมราคา			
น้ำโสม	13,857,646.00	4,875,034.17	1,698,724.77	2,102,908.01	22,925,695.45	18,302,592.00
วานรนิวาส	27,795,021.23	19,193,950.14	2,460,880.72	N/A	49,449,852.09	N/A
ชนากลาง	29,354,652.90	13,056,040.24	3,765,906.46	N/A	46,176,599.60	N/A

หมายเหตุ N/A คือ ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

* ไม่มีการเรียกเก็บเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายถือว่าผู้ป่วยจากลูกข่ายบริการปฐมภูมิเป็นประชากรของแม่ข่าย

ประชากรในความรับผิดชอบมากที่สุดคือ 10,239 คน รองลงมาคือ รพ.สต. บ้านโป่งแค มีจำนวน 10,080 คน และ รพ.สต. บ้านท่าอุทัยมีจำนวนประชากรในความรับผิดชอบน้อยที่สุดคือ 3,128 คน และ รพ.สต. บ้านร่องน้ำใสมีจำนวนครั้งของผู้มารับบริการสูงที่สุดคือ 37,785 ครั้ง

ต้นทุนบริการเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ สำหรับปีงบประมาณ 2559

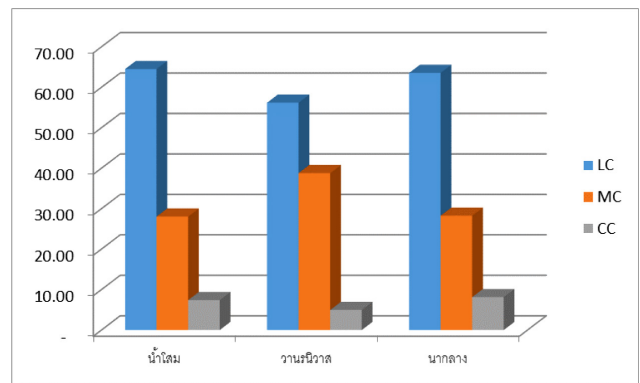
จากข้อมูลในตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า เครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิน้ำโสมมีข้อมูลครบถ้วนในทุกประเภทต้นทุน รวมถึงต้นทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งพบการ

สนับสนุนในหลากหลายลักษณะ เช่น บริการกำจัดขยะติดเชื้อ สนับสนุนยาที่แพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายใช้ในการออกปฏิบัติงานที่ รพ.สต. บริการสนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผู้ที่มีรับบริการที่ รพ.สต. และแม้แต่การจ้างบุคลากรกลางเพื่อช่วยจัดทำบัญชีให้กับทุก รพ.สต. ในเครือข่าย ในขณะที่เครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิอำเภอวานรนิวาส มีระบบการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่น้อยกว่ามาก จึงไม่มีข้อมูลในส่วนนี้ อย่างไรก็ตาม เชื่อว่าเครือข่ายอำเภอวานรนิวาสเองก็น่าจะมีข้อมูลในส่วนนี้อยู่บ้าง เช่น ต้นทุนค่ายาที่ได้รับการจัดสรรจากส่วนกลาง รวมถึงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนวัคซีนต่างๆ ที่ใช้ในบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แต่ในการศึกษานี้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลเหล่านี้ได้ เช่นเดียวกันกับเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมินากลางที่มีระบบการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายใกล้เคียงกับเครือข่ายอำเภอน้ำโสม แต่ไม่สามารถเก็บข้อมูลเหล่านี้ได้ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้ได้ทำการรวบรวมข้อมูลต้นทุนตามจ่ายแม้ว่าเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิทุกแห่งไม่มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามจ่ายจริง เนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายยังถือว่าผู้ป่วยที่มาจากเครือข่ายบริการปฐมภูมิเป็นลูกข่ายของตนเองจึงไม่มีการเรียกเก็บเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลเพื่อให้เห็นภาวะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลแม่ข่าย หากต้อง

มีการเรียกเก็บจริง

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าต้นทุนส่วนใหญ่ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิคือต้นทุนค่าแรง โดยค่าแรงรวมมีมูลค่ามากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งต้นทุนค่าแรงนี้ได้รวมต้นทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายแล้ว (ถ้ามี) รองลงมาคือต้นทุนค่าวัสดุ ซึ่งได้รวมต้นทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายแล้วเช่นกัน และค่าเสื่อมราคามีมูลค่าต่ำที่สุด โดยในภาพรวมนั้น เครือข่ายอำเภอน้ำโสมมีต้นทุนรวม 22.9 ล้านบาท เครือข่ายอำเภอวานรนิวาสมีต้นทุนรวม 49.4 ล้านบาท และเครือข่ายอำเภอนากลางมีต้นทุนรวม 46.2 ล้านบาท ทั้งนี้

หน่วย : ร้อยละ



หมายเหตุ LC = labor cost, MC= material cost, CC= capital cost
 ภาพที่ 1 โครงสร้างของต้นทุนแต่ละประเภทของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ตารางที่ 5 ข้อมูลต้นทุนเฉลี่ยต่อ รพ.สต. ของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ

หน่วย : บาท

เครือข่าย	จำนวน รพ.สต. (แห่ง)	ต้นทุนระบบบัญชี			ต้นทุนสนับสนุนจากแม่ข่าย	ต้นทุนรวม	ต้นทุนค่ารักษาตามจ่าย
		ต้นทุนค่าแรง	ต้นทุนค่าวัสดุ	ต้นทุนค่าเสื่อมราคา			
น้ำโสม	9	1,539,738.44	541,670.46	188,747.20	223,705.63	2,536,104.83	2,033,621.33
วานรนิวาส	18	1,544,167.85	1,066,330.56	136,715.60	N/A	2,747,214.01	N/A
นากลาง	12	2,446,221.08	1,088,003.35	313,825.54	N/A	3,848,049.97	N/A

หมายเหตุ N/A คือ ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

ตารางที่ 6 ข้อมูลต้นทุนเฉลี่ยต่อจำนวนประชากรของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ

หน่วย : บาท

เครือข่าย	จำนวนประชากร (คน)	ต้นทุนระบบบัญชีต่อประชากร			ต้นทุนสนับสนุนจากแม่ข่ายต่อประชากร	ต้นทุนรวมต่อประชากร	ต้นทุนค่ารักษาตามจ่ายต่อประชากร
		ต้นทุนค่าแรงต่อประชากร	ต้นทุนค่าวัสดุต่อประชากร	ต้นทุนค่าเสื่อมราคาต่อประชากร			
น้ำโสม	37,423	370.30	130.27	45.39	56.19	612.61	489.07
วานรนิวาส	107,146	259.41	179.14	22.97	N/A	461.52	N/A
นากลาง	76,568	383.38	170.52	49.18	N/A	603.08	N/A

หมายเหตุ N/A คือ ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

โครงสร้างของต้นทุนแต่ละประเภท อันได้แก่ ต้นทุนค่าแรง (labor cost: LC) ต้นทุนค่าวัสดุ (material cost: MC) และ ต้นทุนค่าเสื่อมราคา (capital cost: CC) แสดงได้ดังภาพที่ 1 และตารางที่ 5 - 6

เมื่อพิจารณาต้นทุนเฉลี่ยต่อประชากรที่รับผิดชอบพบว่า ต้นทุนเฉลี่ยต่อประชากรของเครือข่ายอำเภอ น้ำโสม และเครือข่ายอำเภอนากลางมีต้นทุนเฉลี่ยต่อประชากรใกล้เคียงกัน ขณะที่ต้นทุนต่อประชากรของเครือข่ายอำเภอวานรนิวาสมีต้นทุนต่อประชากรต่ำที่สุด ทั้งนี้ หากรวมค่ารักษาตามจ่ายเข้าเป็นต้นทุนของเครือข่ายบริการแล้ว จะส่งผลให้ต้นทุนต่อประชากรเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 67

วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษานี้เลือกใช้การคำนวณต้นทุนบริการต่อประชากรที่รับผิดชอบ แทนการคำนวณต้นทุนบริการต่อผู้มารับบริการ เนื่องจากลักษณะของงานบริการปฐมภูมินั้นมีบริการที่หลากหลาย ทำให้การศึกษาต้นทุนต่อกิจกรรมมีความยุ่งยาก ประกอบกับงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบริการปฐมภูมินั้น มีขอบเขตของการให้บริการประชาชนอย่างกว้างขวาง มิได้จำกัดเฉพาะผู้มารับบริการ ดังนั้น การคิดต้นทุนบริการต่อประชากรที่รับผิดชอบจึงสมเหตุสมผลมากกว่า อีกทั้งการใช้งานจากผลวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ก็จะมีเหมาะสมมากกว่า เพราะ

การชดเชยค่าบริการโดย สปสช. นั้น ใช้วิธีจัดสรรให้กับหน่วยบริการตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบอยู่แล้ว จากผลการศึกษา พบว่า ต้นทุนในระบบบริการปฐมภูมิ มีต้นทุนหลักอยู่ที่ต้นทุนค่าแรง บางเครือข่ายต้นทุนค่าแรงสูงกว่าต้นทุนค่าวัสดุเกือบ 2 เท่า บ่งบอกถึงลักษณะการทำงานในระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งต้องเน้นหนักในการบริหารจัดการกำลังคน เพราะเป็นปัจจัยหลักในการให้บริการ รองลงมาคือต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าเสื่อมราคา โดยเครือข่ายอำเภอน้ำโสมมีต้นทุนรวม 22.9 ล้านบาท เครือข่ายอำเภovanรนิวาสมีต้นทุนรวม 49.4 ล้านบาทและเครือข่ายอำเภอนากลางมีต้นทุนรวม 46.2 ล้านบาท เมื่อพิจารณาต้นทุนรายเครือข่ายต่อประชากรที่รับผิดชอบ พบว่าเครือข่ายอำเภอน้ำโสมมีต้นทุนเฉลี่ย 612.61 บาทต่อประชากร และเมื่อรวมค่ารักษาตามจ่าย ต้นทุนเฉลี่ยต่อประชากรเพิ่มเป็น 1,011.68 บาท เครือข่ายอำเภovanรนิวาสมีต้นทุนเฉลี่ย 461.52 บาทต่อประชากร และอำเภอนากลางมีต้นทุนเฉลี่ย 603.08 บาทต่อประชากร ซึ่งต้นทุนต่อประชากรของอำเภอนากลางใกล้เคียงกับต้นทุนต่อประชากรของอำเภอน้ำโสม (ก่อนบวกเพิ่มรายการค่ารักษาตามจ่าย) อนึ่ง จากประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังรับรู้ต้นทุนในการดำเนินงานของหน่วยงานตนเองไม่ครบถ้วน กล่าวคือยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ไม่ถูกบันทึกในระบบบัญชีอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งต้นทุนส่วนนี้มัก

จะซ่อนอยู่ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดำเนินการให้ ทั้งนี้ เป็นเพราะลักษณะการทำงานแบบเครือข่ายระหว่างแม่ข่ายและลูกข่ายในปัจจุบัน จึงยังทำให้ต้นทุนระบบบริการปฐมภูมิส่วนหนึ่งยังปะปนอยู่กับโรงพยาบาลแม่ข่าย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนครั้งนี้ไม่สามารถเทียบกับงานวิจัยอื่นๆ ที่ผ่านมามีได้มากนัก เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิแต่ไม่ได้เป็นข้อมูลในระดับเครือข่าย อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาข้อมูลต้นทุนเฉลี่ยต่อจำนวนประชากรของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิของงานวิจัยนี้กับการศึกษาอื่น เช่น สุกัลยา คงสวัสดิ์⁽¹⁰⁾ ที่ได้ทำการศึกษาค้นทุนต่อหน่วยบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ปีงบประมาณ 2549 ซึ่งเป็นกรณีศึกษา 6 จังหวัด พบว่าต้นทุนต่อประชากรของศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีแพทย์ออกให้บริการคือ 337 บาท และของสถานีอนามัยคือ 296 บาท จะเห็นว่าต้นทุนในผลการศึกษานี้มีมูลค่าสูงกว่าเดิมกว่าเท่าตัว นั่นหมายถึงต้นทุนของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบันน่าจะมีต้นทุนสูงขึ้นกว่าเดิม อย่างไรก็ตาม ต้นทุนในครั้งนี้นี้ (ไม่รวมค่ารักษาตามจ่ายต่อประชากร) มีต้นทุนต่ำกว่าการศึกษาของอุทุมพร วงษ์ศิลป์และคณะ⁽¹²⁾ ซึ่งพบว่า รพ.สต. มีต้นทุนค่าบริการเฉลี่ยต่อประชากรที่รับผิดชอบ 787 บาท ต้นทุนที่แตกต่างกันนี้ อาจเนื่องมาจากจำนวนประชากรในความรับผิดชอบและค่าใช้จ่ายในภาพรวมที่ต่างกัน ยิ่งไปกว่านั้น หากการจัดบริการในอนาคตของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิมีการตามจ่ายให้กับระบบบริการทุติยภูมิ นั่นหมายความว่าต้นทุนต่อหัวประชากรจะสูงถึง 1,102 บาทต่อหัวประชากรซึ่งจำเป็นต้องมีระบบการวางแผนและการบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้มั่นใจได้ว่าเครือข่ายจะสามารถให้บริการประชาชนได้ ดังนั้นการนำข้อมูลข้างต้นไปใช้ ผู้นำไปใช้ต้องตระหนักว่าต้นทุนระบบบริการปฐมภูมินี้ อาจยังไม่ครอบคลุมต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากในการศึกษานี้สามารถเก็บข้อมูลได้ละเอียดเพียง 1 พื้นที่เท่านั้น โดยอีก 2 พื้นที่ ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูล

ต้นทุนที่ได้รับการสนับสนุนจาก โรงพยาบาลแม่ข่ายและต้นทุนค่ารักษาตามจ่าย ซึ่งเป็นระบบข้อมูลที่ต้องใช้ในการคำนวณต้นทุนและจำเป็นต้องถูกบันทึกอยู่ในระบบบัญชีของ รพ.สต. ทั้งนี้ ประเด็นเรื่องความครบถ้วนและถูกต้องของการบันทึกบัญชีของหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นเจ้าของหน่วยบริการต้องพัฒนาระบบบัญชีโดยเน้นความสำคัญเรื่องการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องเข้าสู่ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล โดยข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง จะทำให้ต้นทุนบริการที่วิเคราะห์มีความแม่นยำและสะท้อนความเป็นจริงมากขึ้น นอกจากนี้ระบบข้อมูลที่ดียังจะช่วยให้โรงพยาบาลมีข้อมูลสำหรับการบริหารงานในโรงพยาบาล หน่วยงานที่กำกับโรงพยาบาลจะมีระบบฐานข้อมูลกลางที่ใช้สำหรับการสนับสนุนการจัดการด้านนโยบาย และรวมถึงหน่วยงานวิชาการภายนอกก็จะมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการทำวิจัยเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนงานในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขต่อไป ดังนั้น การศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตจึงมีความจำเป็นเป็นอย่างมาก เพื่อสะท้อนต้นทุนที่ใกล้เคียงความจริงมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงขอขอบคุณผู้อำนวยการและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 เครือข่าย ที่ได้อำนวยความสะดวกในการเข้าหารือและเก็บข้อมูล จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้

References

1. World Health Organization. The world health report 2008. Primary health care - now more than ever. 2008. [cited 2018 July 18]. Available from: <https://www.who.int/whr/2008/en/>.
2. A strategic plan of primary care system for year 2007-2011. [cited 2018 July 18]. Available from: <http://kb.hsri>.



- or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2538/hs1572.pdf?sequence=3&isAllowed=y. (in Thai)
3. Fairbank A. Costs and utilization primary health care service in Albania: a national perspective on a facility - level analysis. Bethesda: Abt Associates; 2004.
 4. Dalaba MA, Welaga P, Matsubara C. Cost of delivering health care services at primary health facilities in Ghana. *Health Services Research* 2017;17:742.
 5. Berman P, Alebachew A, Mann C, Agarwal A, Abdella E. Costs of Publicly Funded Primary Care Facilities, Departments, and Exempted Services in Ethiopia. Harvard T.H. Chan School of Public Health; 2016.
 6. Kuhirunyaratn P. Situation review of primary care research: northeast region. Nonthaburi: Institute of Community Based Health Care; 2008. (in Thai)
 7. Konggumnerd R. Situation review of primary care research: southern region. Nonthaburi: Institute of Community Based Health Care; 2008. (in Thai)
 8. Paokunha R, Theinpichet S. Situation review of primary care research: eastern region. Nonthaburi: Institute of Community Based Health Care; 2008. (in Thai)
 9. Aontome Y, Hongsranagon P. Situation review of primary care research: Bangkok Metropolitan Area. Nonthaburi: Institute of Community Based Health Care; 2008. (in Thai)
 10. Kongsawat S, Sriwanichakorn S, Boontam K, Yana T, Ritsriboon P, Cummul K. Unit cost of primary health care for fiscal year 2006: case study 6 provinces. Nonthaburi: Institute of Community Based Health Care Research and Development; 2006. (in Thai)
 11. Srilalsungnen D, Kempracone P. Unit cost of health sector services in Nonghong district, Burirum province. *Journal of Health Sciences* 2015;24(2):296-304. (in Thai)
 12. Wongsin U, Wannasri A, Thamwanna P, Pongpatrachai D, Chiangchaisakulthai K, Sakunphanit T. Estimate unit cost per capita of services provided at CUP network level. *Journal of Health Systems Research* 2016;10(3):307-20. (in Thai)
 13. Thianjaruwatthana W, Sakunpanit T, Pongpatrachai D, Chiangchaisakulthai K. Guideline of unit cost for hospitals under Ministry of Public Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2001. (in Thai)